

RELAZIONE SULLE PERFORMANCE - ANNO 2020

1	Premessa	3
2	Contesto esterno di riferimento	
3	L'istituto	5
4	Sintesi dei risultati raggiunti a livello complessivo	10
5	Albero delle performance, obiettivi strategici, obiettivi e piani operativi, obiettivi individuali	22
6	I risultati raggiunti nella performance organizzativa	34
7	I risultati raggiunti nella performance individuale	36
8	Risultati in materia di trasparenza amministrativa	39
9	Pari opportunità, bilancio di genere e percorsi di partecipazione	41
10	Il processo di redazione della Relazione sulla performance	46
11	ALLEGATO N. 1 – Risultati per UU.OO	47
12	Allegato 2: Tabella Obiettivi strategici	. 115
13	Allegato 3: Tabella documenti del ciclo di gestione della performance	. 116

1 Premessa

Il piano della performance aziendale di cui alla determina del Direttore Generale n. 43/2020 contiene gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, le risorse e gli indicatori per la misurazione della performance dell'organizzazione. Tale piano ha trovato il suo completamento nella definizione degli obiettivi all'interno delle schede di budget dei singoli CDR e facenti riferimento ai macrobiettivi aziendali contenuti nell'ambito delle linee guida del budget 2020.

A tal proposito il Piano della Performance 2020 approvato con Determina DGEN 43/2020 è stato successivamente integrato con DGEN 438/2020. Con tale documento sono stati individuati ed assegnati gli obiettivi alle strutture aziendali.

Il piano della performance anno 2020 ipotizzato attraverso le linee guida del budget e declinato in obiettivi di CDR fa riferimento a tutti gli ambiti aziendali e quindi ipotizzava obiettivi (performance) scientifici, sanitari, amministrativi ed economici considerati sia singolarmente che interconnessi fra di loro.

2 Contesto esterno di riferimento

L'analisi circa il raggiungimento della performance aziendale risente inevitabilmente delle dinamiche istituzionali con i diversi stakeholder di riferimento, in primis le tre Regioni di riferimento (Regione Lombardia, Regione Marche e Regione Calabria) e con i competenti Ministeri per l'area scientifica e sanitaria. L'esercizio 2020 avrebbe dovuto rappresentare per l'Istituto da una parte un anno di consolidamento dei significativi cambiamenti avvenuti negli scorsi anni e, dall'altra parte, l'esercizio di entrata a regime di progettualità avviate negli anni precedenti. Solo a titolo di accenno si fa qui riferimento alla prevista apertura dei 18 posti letto di sub acuti presso il Presidio di Casatenovo, alla ripresa con la Regione Calabria della piena interlocuzione istituzionale per completare la strada intrapresa con l'accordo transattivo del 2018 nella logica dello sviluppo attraverso il c.d. "piano industriale" in via di definizione, l'entrata a regime del percorso dei c.d. piramidabili (assunzione per 5 anni di giovani ricercatori aventi specifici requisiti al fine di superare forme di precariato oramai protrattesi da troppo tempo), l'entrata a regime del trasferimento del reparto di Geriatria per acuti dal Presidio Inrca di Fermo al Presidio Murri dell'Area vasta 4 avvenuto in data 21 ottobre 2019.

Possiamo invece definire l'anno 2020 l'anno della **resilienza** del Sistema Sanitario Nazionale, dei Sistemi Sanitari Regionali e di tutti i setting assistenziali. La resilienza nell'ambito dell'organizzazione aziendale è la capacità di sopravvivere a shock improvvisi, di resistere ai cambiamenti sapendosi adattare.

L'emergenza pandemica ha ovviamente radicalmente cambiato tutti i punti di riferimento impattando in maniera consistente e diversificata, diretta e indiretta a seconda dei casi, nei diversi Presidi e nelle diverse attività dell'Istituto. Peraltro alcune delle caratteristiche tipiche di questa pandemia e cioè la fortissima incidenza sulla popolazione anziana e la natura pneumologica respiratoria della stessa hanno amplificato l'impatto nei confronti dell'Istituto che ha il suo target di riferimento nell'ambito geriatrico e, in uno dei suoi presidi (Casatenovo Merate), specificatamente nell'ambito pneumologico geriatrico.

Per contro la straordinaria risposta all'emergenza fornita dall'Istituto grazie al proprio personale ha rafforzato la dinamica positiva di rapporto sinergico che caratterizza i Presidi INRCA all'interno dei diversi sistemi sanitari di riferimento e con le altre aziende del sistema per la parte clinico assistenziale e l'Istituto con gli altri IRCCS per la parte di ricerca scientifica. Sotto quest'ultimo profilo si segnala, alla fine del 2020, la formalizzazione della costituzione della "Rete Aging" come Associazione non riconosciuta che comprende tredici IRCCS interessati alle tematiche legate all'invecchiamento e che già partecipano a diversi progetti ministeriali, dei quali l'Istituto è capofila. Inoltre si ricorda l'ingresso dell'INRCA nelle Reti IRCCS Neurologica e Cardiologica che rafforzano la capacità progettuale dell'Istituto.

3 L'istituto

Il Bilancio 2020, in fase di chiusura, risentirà pienamente dell'emergenza pandemica e di quanto sopra detto. Di seguito analizzeremo i dati del Preconsuntivo 2020 che è alla base del triennio di riferimento 2020-2022 e che peraltro è stato sostanzialmente tradotto nel Bilancio Preventivo 2020 in quanto redatto a chiusura dell'esercizio 2020.

Questo preconsuntivo va rapportato con la singola dinamica regionale, che è completamente diversa da Regione a Regione. Il bilancio è rappresentato in perdita che è interamente ascrivibile al sezionale della Regione Calabria. Tuttavia tale situazione va inserita nel processo transattivo, che riguarda sia il pregresso che il futuro del Presidio di Cosenza, e deve tenere conto del fatto che la Regione Calabria interviene successivamente alla chiusura degli esercizi amministrativi con specifici decreti di ripiano perdite come avvenuto negli anni precedenti.

Il dato complessivo Preconsuntivo è comunque il seguente.

TOTALE INRCA							
COSTI PER PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI	Bilancio Consuntivo anno 2019 in migliaia di€	Preconsuntivo anno 2020 in migliaia di €	VARIAZIONE 2020 su 2019		DI CUI COVID TOTALE		
Personale dipendente e convenzionato	70.305	72.493	2.188	3,1%	3.786		
Consumo beni sanitari e non sanitari	9.854	10.425	571	5,8%	1.015		
Servizi di supporto (servizi appaltati, manutenzioni, godimento di beni, utenze)	15.135	14.471	- 664	-4,4%	723		
Ammortamenti lordi	4.142	3.962	- 179	-4,3%	-		
Servizi sanitari acquistati da pubblico e da privato	3.160	3.972	812	25,7%	12		
Altro	8.319	6.368	- 1.951	-23,5%	332		
TOTALE	110.914	111.691	777	0,7%	5.868		
RICAVI VARIAZIONE 2020 su 2019							
Prestazioni di Ricovero	44.283	31.577	- 12.705	-28,7%	-		
Prestazioni ambulatoriali (compresi i ticket)	18.360	13.577	- 4.783	-26,1%	-		
Contributi (da Ministero per ricerca e da Regioni)	37.511	58.351	20.841	55,6%	5.868		
Altro	8.351	6.382	- 1.968	-23,6%	-		
TOTALE	108.503	109.888	1.384	1,3%	5.868		
PERDITA D'ESERCIZIO	- 2.410,7	- 1.803,82	607	-25,2%			

La situazione nel dettaglio si può sintetizzare come segue:

POF	R MARCHE				
COSTI PER PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI	Bilancio Consuntivo anno 2019 in migliaia di€	Preconsuntivo anno 2020 in migliaia di€	VARIAZIOI 20		DI CUI COVID MARCHE
Personale dipendente e convenzionato	51.636	54.073	2.437	4,7%	3.523
Consumo beni sanitari e non sanitari	8.370	8.884	514	6,1%	990
Servizi di supporto (servizi appaltati, manutenzioni, godimento di beni, utenze)	11.535	11.224	- 311	-2,7%	721
Ammortamenti lordi	2.790	2.625	- 165	-5,9%	-
Servizi sanitari acquistati da pubblico e da privato	2.411	2.783	372	15,4%	12
Altro	9.387	9.411	25	0,3%	332
TOTALE	86.129	89.000	2.872	3,3%	5.579
RICAVI VARIAZIONE 2020 su 2019					
Prestazioni di Ricovero e Residenziali	35.223	26.202	- 9.021	-25,6%	-
Prestazioni ambulatoriali (compresi i ticket)	15.618	11.603	- 4.015	-25,7%	-
Contributi (da Ministero per ricerca e da Regioni)	29.690	46.763	17.073	57,5%	5.579
Altro	5.599	4.433	- 1.166	-20,8%	-
TOTALE	86.129	89.000	2.872	3,3%	5.579
UTILE/ PERDITA D'ESERCIZIO	-	-	-		

Il sezionale Marche rientra nel budget deliberato con la DGR n. 1703 del 31/12/2020: L.R. n. 13 del 20/06/2003 - Disposizioni agli Enti del SSR per la redazione del Bilancio Preventivo Economico 2020 e del Bilancio Pluriennale di Previsione 2020-2022. Con tale budget si copriranno tutti i costi sostenuti dai Por Marche nel corso del 2020 unitamente alla quota parte di attribuzione dei servizi di supporto. Si ricorda che in sede provvisoria, a dicembre 2019 per il 2020, la Regione Marche aveva assegnato un budget provvisorio con valori identici a quelli del 2019, e aveva definito una cifra indistinta per investimenti pari a 1,5 milione di €. Va da sé che le cifre a suo tempo ipotizzate sono state completamente stravolte dalla pandemia i cui costi emergenti saranno descritti nel sezionale specifico. Per comprendere l'impatto della pandemia sull'Istituto si consideri che nella c.d. prima ondata l'Istituto è arrivato ad attivare per l'emergenza covid fino a 60 posti letto nel Presidio di Ancona, di cui 10 semintensivi (su un totale complessivo di circa 160 posti letto normalmente attivi nel Presidio della Montagnola) e fino a 25 posti letto nel Presidio di Fermo (su un totale complessivo di circa 65 posti letto) e che ad oggi, nella c.d. seconda ondata, si stanno ancora gestendo complessivamente a livello ospedaliero tra Ancona e Fermo 40 pazienti covid (con un picco complessivo all'inizio di dicembre di quasi 70 pazienti tra Ancona e Fermo) ai quali vanno aggiunti i 35 pazienti covid in cura presso Residenza Dorica.

Dal confronto emerge chiaramente che il preconsuntivo 2020 è sconvolto dall'effetto Covid. Dal lato dei ricavi si osserva la drammatica diminuzione di attività già evidenziata e che ovviamente si trascina con sè la relativa diminuzione dei costi direttamente collegati ad essi quali consumo dei beni e costi dei servizi di supporto (almeno per una parte di questi ultimi). Tuttavia i costi dei consumi di beni e dei servizi di supporto sono invece complessivamente in incremento per effetto della pandemia Covid.

Dinamica estremamente particolare è poi quella del costo del Personale i cui valori vanno letti molto attentamente. In effetti si osserva un incremento dei costi pari a 2,4 milioni di € che però è interamente dovuto agli incrementi dei costi per il Covid che sono pari a 3,5 milioni di €. La diminuzione dei costi del personale dipendente e convenzionato pari a 1,1 milioni di € (2,4 – 3,5) è in realtà dovuta ai minori costi per libera professione (-700 mila €) e ai minori costi per personale infermieristico convenzionato (Residenza Dorica, -400 mila €) per il cambio della modalità di acquisizione del servizio. Dunque nella sostanza non c'è una diminuzione dei costi del personale "non" covid tra il 2019 e il 2020.

Di sicuro però l'impegno Covid ha sostanzialmente impedito il proseguimento dell'attività di reclutamento del personale per il rafforzamento della dotazione organica che aveva trovato avvio e inizio dello sviluppo alla fine del 2019. Nello specifico, inoltre, l'incremento Covid per oltre 3,5 milioni di € comprende anche i maggiori costi riconosciuti al personale dipendente per indennità di servizio e premialità varie (DL 18 e DL 34) e per prestazioni aggiuntive (DL 104) per complessivi 1,9 milioni di € mentre le nuove acquisizioni per Covid, tra personale dipendente e a contratto, hanno assorbito una spesa pari a circa 1,6 milioni di €.

POR	CASATENOVO				
COSTI PER PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI	Bilancio Consuntivo anno 2019 in migliaia di€	Preconsuntivo anno 2020 in migliaia di €	VARIAZIONE 2020 su 2019		DI CUI COVID LOMBARDIA
Personale dipendente e convenzionato	4.979	5.173	193	3,9%	263
Consumo beni sanitari e non sanitari	691	787	96	14,0%	25
Servizi di supporto (servizi appaltati, manutenzioni, godimento di beni, utenze)	1.181	1.070	- 111	-9,4%	2
Ammortamenti lordi	614	614	0	0,0%	-
Servizi sanitari acquistati da pubblico e da privato	287	298	11	3,8%	-
Altro	757	754	- 3	-0,4%	-
TOTALE	8.509	8.696	187	2,2%	289
RICAVI VARIAZIONE 2020 su 2019					
Prestazioni di Ricovero	5.297	3.625	- 1.671	-31,6%	-
Prestazioni ambulatoriali (compresi i ticket)	1.813	1.204	- 609	-33,6%	-
Contributi (da Ministero per ricerca e da Regioni)	266	2.891	2.626	988,7%	289
Altro	1.134	975	- 158	-14,0%	-
TOTALE	8.509	8.696	187	2,2%	289
PERDITA D'ESERCIZIO	_	0	- 0		

Il sezionale di Casatenovo fa riferimento ai valori che rientrano nel decreto di Assestamento (Decreto di Assestamento n. 16480 del 24/12/2020). Questo Decreto recepisce per l'Istituto i valori complessivi che lo caratterizzano comprensivi dell'effetto Covid che ha inciso sia a livello di maggiori costi che, soprattutto, di diminuzione del valore della produzione. Si consideri infatti che l'emergenza pandemica ha avuto uno dei suo epicentri nel territorio lecchese e questo ha sconvolto completamente l'attività dei Presidi Inrca. A Merate il reparto di pneumologia per acuti è diventato inevitabilmente un punto di riferimento fondamentale nell'emergenza Covid arrivando a stravolgere il proprio assetto e passando da 16 letti ordinari + 6 semintensivi a 22 letti tutti semintensivi. Questa cosa è accaduta sia nella prima ondata che nell'attuale seconda ondata, con l'aggiunta che nella prima ondata le professionalità del reparto di Merate sono state coinvolte per la gestione di pazienti Covid dell'intero Dipartimento Medico dell'Ospedale Mandic, a riprova della forte integrazione esistente con ATS e ASST di riferimento. Il Presidio di Casatenovo è stato a sua volta condizionato dall'emergenza poiché la situazione pandemica, nell'ambito della prima ondata, ha costretto prima a ridurre e poi a chiudere le attività di ricovero del Presidio al fine di garantire il rispetto dei parametri necessari al distanziamento e alla sicurezza dei servizi di supporto. L'Istituto si è immediatamente attivato per la realizzazione di lavori strutturali di adeguamento rispetto alle nuove esigenze derivanti dall'emergenza pandemica. Il riavvio delle attività era previsto per l'inizio del 2021, compatibilmente con il reclutamento di risorse infermieristiche oggi assorbite dall'attività interamente semintensiva del Presidio di Merate, come già detto in precedenza anche se ad oggi si è ancora in piena emergenza pandemica. Come indicato sopra nell'ambito della normativa di riferimento la Regione Lombardia ha ripetutamente decretato al fine di "garantire" economicamente l'evoluzione delle attività in emergenza pandemica fino alla recentissima adozione del già citato Decreto n. 16480/2020.

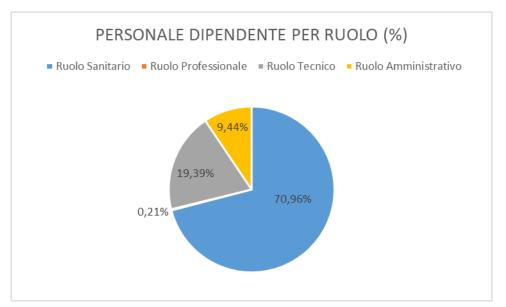
	POR COSENZA			
COSTI PER PRINCIPALI FATTORI PRODUTTIVI	Bilancio Consuntivo anno 2019 in migliaia di€	Preconsuntivo anno 2020 in migliaia di €	VARIA2	ZIONE 2020 su 2019
Personale dipendente e convenzionato	5.290	4.900	- 390	-7,4%
Consumo beni sanitari e non sanitari	568	518	- 50	-8,8%
Servizi di supporto (servizi appaltati, manutenzioni, godimento di beni, utenze)	1.015	860	- 156	-15,3%
Ammortamenti lordi	226	186	- 40	-17,8%
Servizi sanitari acquistati da pubblico e da privato	26	26	-	0,0%
Altro	940	869	- 71	-7,6%
TOTALE	8.065	7.358	- 708	-8,8%
RICAV	[VARIA2	
Prestazioni di Ricovero	3.763	1.750	- 2.013	-53,5%
Prestazioni ambulatoriali (compresi i ticket)	929	770	- 159	-17,1%
Contributi (da Ministero per ricerca e da Regioni)	664	2.820	2.156	324,6%
Altro	298	214	- 84	-28,2%
TOTALE	5.655	5.554	- 101	-1,8%
PERDITA D'ESERCIZIO	- 2.411	- 1.804	607	-25,2%

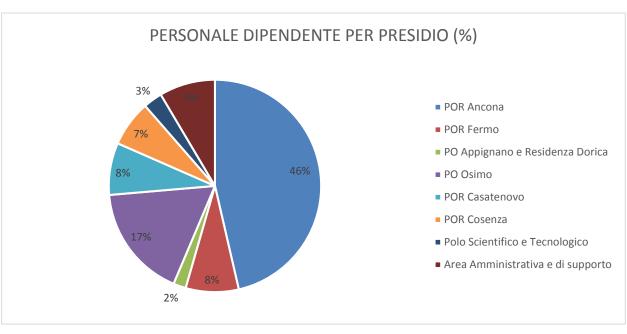
Il sezionale di Cosenza tiene conto come ricavi di quanto assegnato provvisoriamente per il 2020 dalla Regione Calabria in occasione dell'assegnazione definitiva per il bilancio 2019 (DCA 96/2020). Peraltro il deficit di tale sezionale rappresenta anche il disavanzo che caratterizza l'Inrca per l'esercizio 2020. Si evidenzia che la Previsione a chiudere 2020 prevede una situazione di perdita pari a 1,8 milioni di € in sostanziale diminuzione rispetto al consuntivo 2019. Le motivazioni sono tutte riconducibile ad una forte contrazione dei costi, per effetto essenzialmente di una notevole diminuzione nell'ambito del costo del personale (quasi – 400 mila €, circa - 8 uu.ee.) e per la forte diminuzione dei costi legati direttamente al valore della produzione (beni e servizi di supporto) stante la forte diminuzione dell'attività come conseguenza indiretta dell'emergenza Covid che ha impedito, nella prima fase dell'epidemia, l'erogazione dell'attività a causa del lockdown generalizzato e nella seconda fase ne ha comunque fortemente limitato l'entità erogata. La previsione 2020 ipotizza, in assenza di diverse indicazioni da parte della Regione Calabria di un complessivo livello di finanziamento pari a quello del consuntivo 2019 (come sommatoria del riconoscimento del valore della produzione e di contributi ulteriori). Per il 2021 è previsto un recupero della dotazione di personale attraverso l'acquisizione di figure specifiche funzionali al rilancio della struttura (dirigenti medici geriatri e fisioterapisti in primis). Infine, da un punto di vista istituzionale, vanno ricordate le recenti interlocuzioni con la Regione Calabria e la copertura, da parte di quest'ultima, della perdita dell'Istituto dell'anno 2018 (Decreto 13961 del 18/12/2020), come regolarmente accaduto negli ultimi anni, per le perdite degli altri esercizi precedenti.

Per quanto concerne le risorse umane, nella dinamica 2020 si osservano l'impossibilità, a causa degli stravolgimenti derivanti dall'emergenza pandemica, di proseguire nel recupero di dotazione avviato nel 2019. In effetti l'incremento è dovuto principalmente agli effetti del Covid e al personale della piramide.

La tabella seguente rappresenta le unità equivalenti impiegate nel corso del 2020.

	Anno 2020									
	Presidi Marche	POR Ancona	POR Fermo	PO Appignano e Residenza Dorica	Po Osimo	POR Casatenovo	POR Cosenza	Polo Scientifico e Tecnologico	Area Amministrativa di supporto	TOTALE INRCA
TOT - Totale Qualifiche	861,3	542,6	94,3	22,4	202,0	92,7	82,1	33,8	99,7	1.169,6
RS - Tot Ruolo Sanitario	674,2	432,7	72,5	14,9	154,1	54,8	65,4	20,3	15,1	829,9
SDM - Tot Dirigenza Sanitaria Medica	156,1	102,2	16,3	2,0	35,5	11,4	13,5	1,0	2,0	183,9
SDNM - Tot Dirigenza Sanitaria non Medica	19,7	15,7	1,0	-	3,0	1,0	1,0	7,9	7,0	36,6
SC - Tot Comparto Sanitario	498,5	314,8	55,2	12,9	115,5	42,3	51,0	11,4	6,1	609,3
RP - Tot Ruolo Professionale	-	-	-	-	-	-	-	-	2,5	2,5
PD - Tot Dirigenza Professionale	-	-	-	-	-	-	-	-	2,5	2,5
PC - Tot Comparto Professionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RT - Tot Ruolo Tecnico	163,0	91,4	20,3	6,5	44,8	28,9	11,9	6,0	17,0	226,8
TD - Tot Dirigenza Tecnico	1,0	-	1,0	-	-	-	-	4,0	3,0	8,0
TC - Tot Comparto Tecnico	162,0	91,4	19,3	6,5	44,8	28,9	11,9	2,0	14,0	218,8
RA - Tot Ruolo Amministrativo	24,1	18,5	1,5	1,0	3,2	9,0	4,8	7,5	65,0	110,4
AD - Tot Dirigenza Amministrativa	1,0	1,0	-	-	-	-	-	-	5,0	6,0
CA - Tot Comparto Amministrativo	23,1	17,5	1,5	1,0	3,2	9,0	4,8	7,5	60,0	104,4





4 Sintesi dei risultati raggiunti a livello complessivo

La straordinarietà del 2020 caratterizzato dall'emergenza pandemica Covid-19 che, come già detto, si riflette sui dati di bilancio e sulle modalità di finanziamento, ha fortemente stravolto anche i volumi di attività. In questa logica ha poco senso rappresentarli, mentre diventa molto più significativo evidenziare l'impatto sulla struttura produttiva dell'emergenza pandemica. In generale si segnala una diminuzione in linea con quanto avvenuto a livello nazionale e soprattutto regionale come anche rappresentato nella interessante indagine "Resilienza Sistemi Sanitari Regionali" consultabile al seguente indirizzo https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fresilienza.

Analiticamente per l'Istituto si osserva quanto segue

ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'azienda opera mediante tutti presidi a gestione diretta per quanto concerne l'attività ospedaliera situati in diverse regioni italiane. In particolare nella Regione Marche si svolge attività ospedaliera presso i POR di Ancona, Osimo e Fermo, nella Regione Calabria presso il Por di Cosenza e nella Regione Lombardia presso il Por di Casatenovo/Merate.

La struttura dell'offerta garantita dall'Inrca nei presidi funzionanti si sarebbe mantenuta, in assenza dell'emergenza Covid, sostanzialmente inalterata, salvo l'apertura dei 18 posti letto di sub acuti a Casatenovo.

La necessità di fronteggiare l'emergenza ha invece completamente ridisegnato la struttura dell'offerta. A puro titolo di esempio si rappresenta la situazione della c.d. fase 2, in applicazione dei piani pandemici regionali. Addirittura più stravolto, almeno in certi momenti, era stato l'assetto dell'offerta nella c.d. fase 1

TOTALE INRCA		PAN
POSTI LETTO MEDIAMENTE UTI Anno 2019	LIZZATI	PL
Ordinari	418	
Day Surgery / Day Hospital	14	
di cui Por Ancona		
Ordinari	161	
Day Surgery / Day Hospital	7	
di cui Po Osimo		
Ordinari	58	
Day Surgery / Day Hospital	7	/
di cui Por Fermo		
Ordinari	59	<u></u>
di cui Por Appignano / Treia		
Ordinari	17	
di cui Residenza Dorica		
Ordinari	30	
di cui Por Casatenovo		
Ordinari	50	
OT dillati	30	
di cui Por Cosenza		
Ordinari	43	

PLICAZIONE PIANI NDEMICI REGIONALI PL COVID COVID "FREE" 140 217 14 56 79 58 20 20 17 42 22 43

IMPATTO COVID NEI PRESIDI MARCHIGIANI INRCA

Descrivere l'attività 2020, seppur in termini preconsuntivi, non può che passare attraverso una evidenziazione di quanto accaduto con l'emergenza pandemica. L'attività è complessivamente diminuita per un livello che oscilla intorno al 30% rispetto al Consuntivo 2019 e pertanto non si ritiene utile rappresentare dati quantitativi, considerando poi che la diminuzione è stato un fatto generalizzato per gli effetti diretti e indiretti della pandemia (chiusura e/o diminuzione dei posti letto per ricoveri, chiusura e/o limitazioni nell'offerta di prestazioni ambulatoriali).

L'anno 2020 è stato pertanto caratterizzato in maniera assolutamente stravolgente per l'emergenza pandemica e per l'operatività che questa ha comportato.

Da un punto di vista cronologico, come noto, con delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 è stato dichiarato, per la durata di sei mesi, lo stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. A fronte dello stato di emergenza sono susseguiti numerosi interventi a livello nazionale da parte del Governo, mediante l'emanazione di decreti legge contenenti misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid 19, nonché di decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri contenenti disposizioni attuative dei decreti legge.

A livello regionale, la Regione Marche, in raccordo con i Direttori degli Enti del SSR, ha elaborato, in una prima fase, il Piano Regionale assistenziale per il governo delle attività di ricovero, adottando la DGRM n. 272 del 9/03/2020 nella quale, tra le altre cose, si specificava che veniva definito il presidio INRCA della Montagnola di Ancona, come struttura deputata al ricovero di pazienti COVID-19 in fase acuta, che l'INRCA mettesse a disposizione una struttura dedicata al ricovero dei pazienti COVID-19 positivi in fase post-critica, individuato il presidio di Osimo di fatto come struttura No COVID-19.

L'Istituto fin da subito, in data 24 febbraio 2020, ha istituito una Unità di Crisi avente carattere multidisciplinare che nel corso del tempo, tenendo conto dell'evolversi drammatico della situazione e delle esigenze, si è ampliata di diverse professionalità e si è riunita giornalmente.

A seguito dell'analisi e della mappatura dei rischi determinati dalla gestione dei pazienti Covid e no Covid, sono state poste in essere continue rimodulazioni delle aree e delle strutture dei Presidi Ospedalieri distinguendo le aree Covid da no Covid e rimodulando le aree di degenza in una logica di intensità di cura (urgenza, area critica, area semicritica, acuzie, palliazione e fine vita). Ovviamente questa rimodulazione e riorganizzazione continua ha comportato accorpamenti tra reparti e la necessità di trasferimento di alcune attività dal Presidio della Montagnola al presidio di Osimo, al fine di garantire comunque l'erogazione di servizi indispensabile anche per i pazienti No Covid. Tra le principali azioni poste in essere si evidenzia:

- La ridefinizione dei percorsi di accesso esterni degli utenti, sia al PS di Osimo che al PPI della Montagnola, differenziando quelli "sporchi" da quelli "puliti" in relazione allo stato del paziente e sua eventuale positività e/o sospetto;
- L'attivazione di una area completamente dedicata presso la ex palazzina "Persichetti", a pazienti covid, di due piani;
- L'attivazione presso il primo piano della suddetta palazzina una area ad altissima/alta intensità di cura, di 3 posti letto di Terapia Intensiva e 5 di semi intensiva;
- L'ampliamento ulteriore di aree dedicate a pazienti sospetti e/o positivi, presso il corpo centrale, negli ex 4°, 3° e 2° piano, con piano dedicato anche ai pazienti in fase di fine vita;
- L' accorpamento di reparti sia all'interno del Presidio di Ancona (UO Cardiologia con UO Neurologia, UO Degenza Post Acuzie con UO Riabilitazione, UO Geriatra con UO Clinica Medicina Interna) che al Presidio di Osimo (UUOO Chirurgia, Urologia e Piede Diabetico di Ancona presso l'UO Chirurgia di Osimo, UO Pneumologia con UO Medicina).
- La chiusura dei reparti del Por di Fermo per pazienti No Covid in quanto interamente dedicato all'attività Covid.

Inoltre sono state fornite indicazioni operative in materia di attività di ricovero programmato, di specialistica ambulatoriale, di farmaceutica, di ricette dematerializzate, di materiale sanitario, di unità speciali di continuità assistenziale. Stante la situazione emergenziale ci si è attivati anche al fine di dotarsi autonomamente di analizzatori per test Covid 19 provvedendo all'immediato inserimento dell'esito dell'indagine nel sistema informativo LIS in uso presso il Laboratorio collegato alla piattaforma.

Parallelamente a quanto sopra sinteticamente rappresentato molteplici sono state le attività poste in essere al fine di garantire i necessari supporti tecnico logistici all'operatività sanitaria, la sicurezza e la protezione degli operatori impegnati in prima linea e dei pazienti stessi, le necessarie attività di comunicazione istituzionale nonché di monitoraggio dell'evoluzione dell'emergenza pandemica.

Le tabelle seguenti schematizzano quanto appena rappresentato.

Г	FASI	ATTIVITA'	CRITICITA'	ALLEGATI
	Struttura per la pianificazione e definizione processi dec	sionali per la gestione del rischio clinico ed emergenza Covid 19		
	lmultinrotessionale e multiscinlinare- successivamente	Sono state effettuate riunioni nel primo mese anche bi-giornaliere, poi giornaliere.	Mantenimento distanziamento sociale, superato con attivazione delle viodeoconferenze per tutti i Presidi INRCA.	
	Analisi e Mappatura dei rischi determinati dalla gestione	RI- organizzazione delle aree e delle strutture dei Presidi Marche distinguendo aree COVID da aree NO COVID. Le aree di degenza sono state rimodulate per garantire un percorso per intensità di cura (urgenza, area critica, area semicritica, acuzie, palliazione e fine vita- dignity care-, sospetti e degenza No covid,). Ricollocazione attività chirurgica esclusivamente presso il Presidio di Osimo.	<u>Rimodulazione continua dell'assetto organizzativo</u> in relazione alle disposizioni ministeriali e regionali.	1)Lettere di riorganizzazione Direzione Sanitaria e Direzione Medica di Presidio. 08/03/2020 lettera DMPO prot 8396 16/03/2020 lettera DMPO prot 9986 23/03/2020 lettera DMPO prot 10836 27/03/2020 lettera DMPO prot 11776 06/04/2020 lettera DMPO prot 13136 10/04/2020 lettera DMPO prot 14058 20/04/2020 lettera DMPO prot 14991 24/04/2020 lettera DMPO prot 15827 07/05/2020 lettera DMPO prot 17421 2)Procedura IRCCS INRCA per gestione pazienti con sospetta o accertata infezione da SARS-COV 2 (M.PO18.DS Rev.00 del 25/02/2020, Rev 01. del 28/04/2020 e rev. 02 del 05/05/2020; rev 03 del 08/06/2020) . 3)Percorso chirurgiconota del 28/03/2020 prot. 11962
:	PROCEDURA IRCCS INRCA PER GESTIONE PAZIENTI CON SOSPETTA O ACCERTATA INFEZIONE DA SARS-COVID-19	PROCEDURA MODIFICATA in relazione alle diverse fasi della pandemia (M.PO18.DS Rev.00, Rev. 01, Rev. 02., Rev. 03) La presente istruzione ha <i>lo scopo</i> di definire le responsabilità e le modalità di gestione dei pazienti con infezione COVID-19 accertata o sospetta o degli utenti che hanno avuto contatti stretti con pazienti affetti da COVID-19 al fine di garantire: • immediata identificazione dei pazienti con infezione accertata o sospetta, • la sicurezza di tutti i pazienti e gli operatori, • la corretta gestione dei pazienti con infezione accertata o sospetta.		Procedura n°M.PO18.DS

N	FASI	ATTIVITA'	CRITICITA'	ALLEGATI
	Struttura e servizi			
4	Ridefinizione, in relazione al punto 2 (<i>Analisi e Mappatura dei rischi</i>) del fabbisogno di personale , a garanzia della continuità del servizio.	Rivista tutta l'organizzazione ospedaliera alla luce delle riduzioni, chiusure e nuove aperture.	Ridistribuzione di ruoli e funzioni. Le competenze tecniche a volte non erano allineate con le necessità assistenziali di area. Necessità acquisizione di consulente medico per l'allestimento dell'area di rianimazione.	
5	Infrastrutture - opere tecniche	Pressione negativa, adeguamento impianti elettrici, di dialisi e lavori per garanzia definizione percorsi puliti-sporchi.	Tempi ristretti e presenza pazienti positivi.	
6	Definizione, in relazione alle aree di rischio di cui al punto 2 (Analisi e Mappatura dei rischi), <i>del fabbisogno di DPI</i> necessario al personale di assistenza.	Centralizzazione del punto di distribuzione e monitoraggio dei consumi presso la DMP del POR di Ancona.	Difficoltà nel reperimento dei DPI, il supporto della Protezione Civile non sempre è stato tempestivo.	
	MATERIALI DI CONSUMO, ATTREZZATURE E FORNITURE N			
7	Ridefinizione tecnologie in collaborazione con Ingegneria clinica, in relazione al punto 2 (Analisi e Mappatura dei rischi), da parte della DMP-UOS Rischio Clinico.	Centralizzazione dei ventilatori sulla rianimazione e nelle UU.OO a maggior intensità di cura, garantendo una omogeneità di modelli per permettere un utilizzo consapevole e sicuro per i pazienti e per il personale sanitario . Acquisizione di letti, dispositivi ed apparecchi specifici per la rianimazione.	Competenze tecniche specifiche del personale sanitario sulla gestione apparecchiature. Necessità di acquisizione materiale in emergenza. Monitoraggio e gestione continua delle criticità giornaliere.	
8	Acquisizione di <i>materiale di consumo e apparecchi</i> per garanzia rispetto del contenimento rischio infettivo da parte della DMP-UOS Rischio Clinico.	Lavazoccoli, disinfettanti, coagulometro, emoganalizzatore	Necessità di acquisizione materiale in emergenza.	
9	Formazione del personale all'utilizzo dei DPI in relazione all'area di rischio, da parte della DMP-UOS Rischio Clinico.	Dopo un avvio (febbraio 2020) con corsi in aula con più edizioni per piccoli gruppi, è stato strutturato via web un corso di formazione ECM-7 crediti, con il materiale dell'Istituto Superiore di Sanità, materiale INRCA utilizzato per bundle ospedalieri. Questo per permettere agli operatori, una volta formatisi, di riconoscere le indicazioni iconografiche all'interno delle strutture in cui lavorano. Maggior enfasi si è posta sulla Vestizione e Svestizione dei vari dispositivi (camici e tute). Il Corso ECM, rilascia un attestato di partecipazione ed un questionario di approndimento. Viene settimanalmente prodotto un report dei partecipanti per la verifica da parte dei vari Direttori responsabili di UU.OO e per la Direzione INRCA.	Difficoltà iniziale per la definizione strutturata di momenti di aula. Reperimento DPI, a volte non fluido e con dispositivi difformi (tute vs camici), ci ha costretto a formare in corsa gli operatori sanitari, al fine di rendere l'utilizzo dei DPI sicuro.	1) Corsi in presenza su DPI nota del 06/03/2020 trasmessa con e-mail. 2)Corso di formazione distanza utilizzo DPI - Nota della Direzione Generale di venerdì 10 aprile 2020 Talete web
10	Percorsi Sporco -Pulito con spogliatoi ad hoc per il personale delle aree Covid	Definizione, in collaborazione con i coordinatori infermieristici e l'ufficio tecnico, di percorsi strutturati e sicuri dedicati al personale delle aree covid. Con strutturazione percorso sporco-pulito e disponibilità per tutti di docce.	La maggior difficoltà è stata il carattere di urgenza nella realizzazione degli spogliatoi e strutture ad hoc. Quasi interamente create ex novo, catalizzando gli sforzi e le risorse provenienti anche dalle donazioni.	
11	FARMACI	Disposizioni in ordine alla gestione dei farmaci e stupefacenti, rimodulati fabbisogni ed indicazioni per le aree "critiche". Predisposizione e validazione portocolli di sperimentazione farmaci in collaborazione con infettivologa e Unità di crisi.	Necessità di acquisizione farmaci in emergenza e seguendo le nuove evidenze scientifiche emergenti relativamente ai farmaci antivirali. Difficoltà di reperimento sul mercato di tali farmaci. Onerosità della gestione amministrativa della registrazione Protocolli di sperimentazione AIFA.	

N	FASI	ATTIVITA'	CRITICITA'	ALLEGATI
	SERVIZI OSPEDALIERI APPALTATI: trasporti, lavanolo, me	ensa e pulizie		
12	TRASPORTI SANITARI	Adeguamento ai nuovi assetti ospedalieri come definito al punto 2 (Analisi e Mappatura dei rischi). Trasporti: predisposizioni mezzi per trasporto ad hoc di pazienti COVID +. Disposizioni in ordine al trasporto dei pazienti all'interno della struttura e verso altre strutture (utilizzo di ambulanza appositamente attrezzata e con personale formato). Fornitura al personale addetto di DPI idonei e condivisione e formazione su percorsi puliti e sporchi intraospedalieri.	Monitoraggio del corretto utilizzo dei DPI e ridefinizione operativa dei percorsi corretti e monitoraggi del loro rispetto.	Lettera della CCT - nota ASUR n°8672/2020, trasmessa alle UU.00 con e-mail della Direzione Medica
13	LAVANOLO	Disposizioni in ordine all'utilizzo degli indumenti da parte degli operatori, coinvolgendo la ditta del servizio di lavanolo, prevedendo ricambio delle divise frequenti ed impiego di TTR nelle aree a maggior rischio come definito nel punto 2 (Analisi e Mappatura dei rischi) . Fornitura al personale addetto di DPI idonei	Ampliamento appalto . Rispetto dei tempi di consegna del materiale (anche DPI) e delle divise. Necessità di acquisizione materiale in emergenza.	
14	PULIZIE	Disposizioni in ordine alla sanificazione, indicazione prodotti specifici e procedere di sanificazione. Previsti turni aggiuntivi per la sanificazione dei locali con squadre speciali. Acquisizione macchinario per Sanificazione ambientale. Fornitura al personale addetto di DPI idonei.	Ampliamento appalto. Necessità di acquisizione materiale in emergenza.	
	IDENTIFICAZIONE E GESTIONE PAZIENTI			
15	Strutturazione di un Sistema di PRE- triage con campanello, percorsi specifici per pazienti Covid ad Ancona e Osimo. Allestimento di tenso-struttura esterna per il triage ad Osimo.	Preogettazione dei percorsi in collaborazione tra DMP ed Uffico tecnico a garanzia di tutti i requisiti necessari.		
16	MODELLO Organizzativo clinico con definizione LINEE DI GESTIONE PAZIENTE COVID rev. 00, rev 01, rev. 02, rev 03	Definizione LINEE DI GESTIONE PAZIENTE COVID rev. 00 e rev 01, rev. 02, rev 03 con supporto grafico dei differenti percorsi, per facilitare il rapido apprendimento degli operatori sanitari di prima linea.	Il raggiungimento dell'obiettivo ha richiesto la strutturazione del lavoro in team multiprofessionale e disciplinare di personale afferente da diverse realtà, sia in termini di U.O che di presidi INRCA. Ciò ha determinato la strutturazione di un COORDINAMENTO quotidiano constante del team e della gestione degli incontri di briefing e de-briefing. Si è cercato di dare enfasi e potenziare le competenze specifiche dei singoli, a prescindere dai ruoli istituzionali rivestiti nell'organizzazione prima dell'emergenza Covid.	1) FASE 1- Linee di gestione operativa COVID REV.00 Lettera Direzione generale prot. num 13875/2020 2) ORGANIZZAZIONE DEI PERCORSI NEL PS e PPI AGU- Fase 2 Procedure "ORGANIZZAZIONE DEI PERCORSI DAL PRONTO SOCCORSO e PPI DURANTE LA FASE 2 DELLA PANDEMIA DI COVID 19- P09.P001.OS e P09.P001.AN". 3) Linee di gestione pazienti con ictus fase 1 e fase 2/3 P09.P003.DS 4) Indicazioni su percorsi pazienti interni in Radiologia e-mail 07/03/2020
17	Costituzione del TEAM Tamponi	Costituzione di un team di personale sanitario esperto nell'effettuazione dei tamponi naso-orofaringei, a garanzia di una omogenità di metodologia e sicurezza operatori e pazienti.		Lettera DMP e Direzione Sanitaria nota prot. num 9621 del 14/03/2020
18	Coinvolgimento dei fisioterapisti per recupero funzionale del paziente, tenendo conto dell'esperienza maturata a Casatenovo;	Attuazione di Protocollo di assistenza riabilitativa ai pazienti Covid-		Lettera Direzione Medica prot num 13334 del 06/04/2020 Lettera Direzione Medica prot num 15822 del 24/04/2020 per il Presidio di FERMO
19	DIALISI rimodulazione delle attività	Rimodulazione continua dell'approccio ai pazienti dializzati cronici e non, in relazione alle varie fasi della Pandemia. Ridefinizione dei percorsi dei pazienti dializzati. Acquisizione macchinari specifici e realizzazione di attacchi specifici per trattamenti dialitici in UU.OO Covid.	Gestione criticità emergenti in relazione agli esiti degli screening dei pazienti e delle fasi della Pandemia.	Relazione specifica, redatta in collaborazione con il Responsabile ff dell'U.O di Nefrodialisi.
20	Riprogrammazione della specialistica ambulatoriale	Chiusura e rimodulazione in attuazione delle indicazioni regionali.		

N	FASI	ATTIVITA'	CRITICITA'	ALLEGATI
	Attività specifiche ulteriori inerenti la gestione del rischi	o clinico		
21	CCE (Cartella clinica elettronica) - MODIFICHE Adattative Emergenza COVID	Apertura nuove UU.OO, inserimento simboli di rischio VISUAL per gestione rapida e sicura dei pazienti, inserimento profili ed attività di consulenza specialistica (ex. infettivologica); possibilità di allegare referto Emogas. 2) Nuova profilatura del personale infermieristico in collaborazione con il DPO. nel rispetto della normativa sulla privacy.	Mancata conoscenza applicativo informatico modificato.	Nota della DMP prot num 08110 del 05/03/2020; archiviazione cartelle COVID lettera prot. num. 14191 del 14/04/2020.
22	FORMAZIONE rivolta al personale sanitario in ordine alla gestione dei pazienti, soprattutto per i neo assunti piattaforma	Il personale assunto per emergenza Covid è stato sia infermieristico che medico. I neo assunti sono stati presi in carico da colleghi "senior".	Mancata conoscenza delle modalità e delle procdura assistenziali INRCA. Nessuna possibilità di disporre di tempo per la formazione intercorrente tra assunzione e turno effettivo nelle UU.OO. Mancata conoscenza applicativo informatico della CCE, con la possibile determinazione di near missing, dal momento che la CCE lavora per processi interprofessionali.	Determine dell'Uffico personale
23	Gestione effetti personali pazienti deceduti Covid +	L' istruzione operativa si propone di gestire gli effetti personali dei pazienti deceduti COVID 19 positivi, fermo restando che all'ingresso in ospedale, tutto ciò che non è utile al paziente, deve essere restituito al familiare (se presente).		Istruzione Operativa n° P02.IO100.AN del 06/04/2020, trasmessa con nota prot. num. 14189 del 14/04/2020
24	GESTIONE Decessi	Disposizioni in ordine alla gestione delle salme. Inviate disposizioni alle UU.OO in relazione alle varie FASI della Pandemia.		Nota della Direzione Medica del 24/03/2020 prot num 11251; Nota della Direzione Medica del 02/04/2020 prot num 12753; Nota della Direzione Medica del 20/05/2020 prot num 18913;
25	Dimissioni dai Presidi INRCA	PPROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE DIMISSIONI DEI PAZIENTI DALLE UNITA' COVID. M.PO19.DS del 15/04/2020.		
26	FORMAZIONE	Rimodulazione del Piano Formativo Aziendale in ambito Rischio Clinico come da indicazioni Regionali.		Nota dell'UOS Rischio Clinico Prot n°19856 del 26/05/2020
27	INCIDENT REPORTING	Gestione di molteplici near missing		
	COMUNICAZIONE			
28	COMUNICAZIONE INTERNA	Attribuzione di telefoni e tablet per comunicazione tra operatori del team multidisciplinare. Condivisione del familiare referente per la comunicazione con gli psicologi, a garanzia di una comunicazione corretta e precisa. Tutto coordinato dalla DMP.		
29	COMUNICAZIONE ESTERNA	Disposizioni/Indicazioni da rispettare per poter comunicazione con i familiari. Donazioni di dispositivi- tablet messi a disposizione per videochiamate dei pazienti con i familiari.	Per la fase 2 con il dcoumento denominato "Regolamentazione accesso familiari e caregiver", è stato prevista una <u>scheda obbligatoria di autocertificazione</u> del rischio di infezione da Covid-13" comprensiva dell'informativa " 8 passi per Proteggersi(care-giver)".	1) indicazioni della DMP alle UU.OO con e-mail del 05/04/2020. 2) "Regolamentazione accesso familiari e caregiver"- Nota della DMP del 20/06/2020 nota prot. 22620
30	SEGNALETICA	rivolta all'utenza avente, carattere informativo con indicazione delle regole da rispettare		Indicazioni in FASE 2 all'utenza, in collaborazione con l'RSPP.
	FLUSSI INFORMATIVI			
31	Disposizioni in ordine al monitoraggio dei flussi informativi;	Bollettini bi giornalieri; SDO, HSP, STS e conseguente reimpostazione e gestione debiti informativi interni verso il Cogest ed esterni verso la Regione/Ministero. Gestione variazioni continue in base alle disposizioni regionali e Ministeriali, in relazione alle diverse fasi della pandemia.	continuare l'ordinaria attività di controllo e rendicontazione flussi, garantendo comunque le scadenze previste in fase pre emergenza.	Trasmissione Linee guida alla Codifica SDO pazienti Covid, con e-mail del 23/03/2020 nota 3495 Regione /Ministero.

N	FASI	ATTIVITA'	CRITICITA'	ALLEGATI
	ATTIVITÀ INERENTI IL PERSONALE			
32	Gestione e sorveglianza epidemiolgica post esposizione sui contatti stretti o occasionali	Gestione di tutta la parte amministrativa delle comunicazioni, monitoraggio verifica dell'allontanamento e riammissinone in servizio di tutti dipendenti delle Sedi Marche. Gestione Infortunio. A partire dal 16 aprile 2020, oltre alla normale sorveglianza	La strutturazione dell'attività, è stata un'onerosissima attività che si è inserita in altre gravose ed imprescindibili a carico della DMP sede Ancona. La strutturazione dell'attività. è stata un'onerosissima	
33	Attività di sorveglianza e monitoraggio con effettuazione Tamponi orofaringei	epidemiolgica post esposizione sui contatti stretti o occasionali, si è iniziata un'attività di monitoraggio screening sui dipendenti di tutti i presidi Marche, coordinata sempre dalla DMP.	attività che si è inserita in altre gravose ed imprescindili a carico della DMP sede Ancona.	
34	SORVEGLIANZA SANITARIA Operatori INRCA - "SCREENING PER SARS COVZ PER GLI OPERATORI SANITARI IRCCS-INRCA"	Scopo della procedura: La situazione epidemiologica dell'infezione da SARS CoV2 ha messo in evidenza come sia alto il numero degli operatori sanitari e sociosanitari risultati positivi per tale infezione al tampone nasofaringeo. La tutela della salute degli operatori con ovvie ricadute anche a carico della tutela del pazienti ricoverati e della società è un obiettivo fondamentale e nel caso della presente epidemia comporta la precoce diagnosi di infezione da SARS CoV2. Attualmente il gold standard per la diagnosi di infezione da SARS CoV2 è la ricerca diretta del virus nel tampone nasofaringeo. Tale test ha dei limiti legati ai tempi e alle procedure insite al test stesso ed alle attuali difficoltà su tutto il territorio nazionale a reperire i materiali diagnostici, per cui non può essere usato come screening se non a cadenza troppo poco frequente. Per questo si propone di utilizzare l'approccio sierologico, pur con i limiti insiti in queste metodiche e successiva eventuale esecuzione del tampone per ricerca con rt-PCR del SARS CoV2. Attualmente, il test sierologico più affidabile sembrerebbe quello della Chemiluminescenza. Il nostro Istituto dispone del test a chemiluminescenza per IgG. Questa Istruzione Operativa ha validità per tutti i Presidi delle Marche		Procedura n° M.1007.DS Ad oggi 942 dipendenti screenati di cui 83 positivi al sierologico (fra questi 44 ex Covid e 39 non avevano traccia di malattia pregressa)e 4 borderline. Tutti i 43 tamponi naso orofaringei sono risultati negativi tranne 1 solo che è risultato positivo.
35	PROTOCOLLO per il FOLLOW-UP DEI PAZIENTI e DEI DIPENDENTI Positivi a SARS-COV 2	Sono state delineate le modalità operative che dovranno essere attuate presso i POR Marche dell'INRCA al fine di garantire la presa in carico dei dipendenti e dei pazienti riconosciuti come "guariti" da Covid-19 in post dimissione, o gestiti sul territorio dai MMG e PLS, con l'obiettivo di monitorare l' eventuale persistenza o "ripresa" del virus, le eventuali complicanze insorte e l'evoluzione nel tempo. Gli obiettivi sono: 3 Ottimizzare la presa in carico post-dimissione del paziente COVID-19+; 3 Management integrato della polidistrettualità d'organo; 3 Valutare eventuali effetti indesiderati a lungo termine dei trattamenti eseguiti.		P09.P002.D\$ del 02/07/2020

Quanto appena rappresentato è stata ovviamente la base per l'operatività anche nella c.d. seconda fase pandemica tuttora in corso. Si anticipa solamente in termini complessivi si sono seguite le stesse logiche operative e si è proceduto a realizzare nuovamente, seppur in parte questa volta, gli accorpamenti già descritti sopra. La maggiore capacità diagnostica della seconda fase, con l'autonomia aziendale in termini di realizzazione dei tamponi, ha enormemente favorito la tempestività nella risposta consentendo una gestione meno impattante rispetto alla prima fase.

Rispetto a questa sopra anche l'area scientifica e amministrativa di supporto è stata inevitabilmente e complessivamente coinvolta in tale emergenza. Schematicamente si rappresentano le principali azioni poste in essere, sia nella prima fase che nella seconda fase dalle diverse unità operative.

Periodo di riferimento	Descrizione sintetica attività/ intervento
	Predisposizioine e messa a disposizione di tablet per la comunicazione tra pazienti ricoverati e famiglie
Prima Fase	Analisi strumenti utilizzabili per supporto da remoto ai pazienti ambulatoriali in riabilitazione
	Collaborazione all'attivazione del teleconsulto per pazienti ocn piede diabetico.
Seconda Fase	Analisi possibilità tecnica firma consenso digitale per attivazione drive through per esterni
occondu r use	Valutazione di strumenti per il monitoraggio di pazienti a domicilio
Prima Fase	struttoria e valutazione Studi ed emendamenti sul tema COVID-19, anche in regime di urgenza. Istruttoria, valutazione in urgenza di uso
	compassione vole farmaco Remdese vir per paziente COVID-19 e invio documentazione all'AIFA.
Seconda Fase	Istruttoria e valutazione Studi ed emendamenti sul tema COVID-19.
	Monitoraggio e follow up dei progetti interni ed esterni in corso
Prima Fase	Supporto allo sviluppo di attività progettuali per la partecipazioni a bandi e ad iniziative diverse (eg. eventi, attività della Rete IRCCS Aging).
	Supporto alla attivazione dello studio d'Istituto Reportage-COVID-19 e alla implementazione del database
	Monitoraggio e follow up dei progetti interni ed esterni in corso
Seconda Fase	Supporto allo sviluppo di attività progettuali per la partecipazioni a bandi e ad iniziative diverse (eg. eventi, attività della Rete IRCCS Aging).
0200114411402	Organizzazione e logistica della diagnostica molecolare COVID-19 presso l'area ricerca. Supporto alla direzione nella gestione della attività
	clinica e biomedica sul tema COVID-19, tra cui l'attivazione del Camper tamponi. Supporto alla implementazione del database dello studio di
Prima Fase	Attuazione e realizzazione rapporto sulle misure poste in essere in attuazione della Direttiva PCM n. 2/2020
Seconda Fase	Realizzazione e attuazione del Protocollo per la prevenzione e sicurezza dei lavoratori nelle strutture INRCA Covid-19.
Prima Fase	Reclutamenti speciali Covid attraverso: utilizzo graduatoria esistente, avvio bandi aziendali, manifestazioni di interesse,
Seconda Fase	Reclutamenti speciali Covid attraverso: utilizzo graduatoria esistente, avvio bandi aziendali, manifestazioni di interesse,
Prima Fase	Attuazione alla DGRM 633/2020 in materia di accordi integrativi e premialità attraverso: incontri sindacali, sottoscrizione accordi, pagamento
	indennità di disagio e pagamento premialità.
Seconda Fase	Attuazione alla DGRM 1522/2020 in materia di accordi integrativi e premialità attraverso: incontri sindacali, sottoscrizione accordi, pagamento
	indennità di disagio e pagamento premialità.
Prima Fase	Applicazione degli istituti contrattuali relativi alle prestazioni aggiuntive richieste al personale per assistenza covid attrvaerso: raccolta esgenze,
	proposta atto di approvazione, raccolta rendicontazioni, verifica dati a cartellino, liquidazione compensi
Seconda Fase	Applicazione degli istituti contrattuali relativi alle prestazioni aggiuntive richieste al personale per assistenza covid attrvaerso: raccolta esgenze,
	proposta atto di approvazione, raccolta rendicontazioni, verifica dati a cartellino, liquidazione compensi
	Realizzazione - impianti di estrazione aria in depressione - interventi su impianti elettrici (quadri prese testaletto, UPS, alimentazione nuovi
Prima Fase	impianti, ecc.) e speciali (TVCC, porte automatiche, rete dati, ecc.) - dotazione nuovi infissi interni e modifica esistenti
	- realizzazione di pavimenti e rivestimenti in PVC - ampliamento impianto gas medicali - prefabbricato per rilevazione temperatura - container
	spogliatoi - macchine per pressione negativa - termo scanner
Seconda Fase	Realizzazione - integrazioni al sistema accessi - realizzazione di pavimenti e rivestimenti in PVC - dotazione nuovi infissi interni e modifica
	esistenti - installazione impianti aspirazione - installazione macchine per pressione negativa - condizionatori - pannelli separatori - porte
	Attivazione di procedure straordinarie per l'acquisizione di: - attrezzature sanitarie; - attrezzature non sanitarie; - arredi sanitari vari; - reagenti
Prima Fase	e diagnostici; - DPI e DM; - nuovi servizi. Implementazione dei servizi appaltati.
Seconda Fase	Attivazione di procedure straordinarie per l'acquisizione di: - attrezzature sanitarie e arredi per l'allestimento di 10 pl di terapia semi-intensiva; -
	attrezzature non sanitarie; - arredi sanitari vari per Presidio di Fermo; - reagenti e diagnostici; - analizzatori di laboratorio - DPI e DM; - nuovi
Drime Fee	Analisi, sviluppo e attivazione dell'applicazione web di "Teleconsulto dermatologico" per Por Ancona e Por Fermo ccessibile dal sito web
Prima Fase	dell'Irstituto
Seconda Fase	Analisi, sviluppo, e attivazione dell'applicazione web di "Teleconsulto per Piede diabetico" per Por Ancona accessibile dal sito web dell'Irstituto Aggiornamento portale WEB : aggiunte nuove pagine dedicate ai percorso COVID per tamponi (progetto CAMPER)
Seconda rase	Accetazioni Donazioni
Prima Fase	Realizzazione di Convenzioni per acquisizione servizi necessari all'emergenza Covid
	Accetazioni Donazioni
Seconda Fase	Realizzazione di Convenzioni per acquisizione servizi necessari all'emergenza Covid
Seconda Fase	Riprogrammazione agende cup fino al 31/12/2020 con attività di recall
Jeconda i ase	Aggiornamento quotidiano su eventi, informazioni, infografiche relative ad attività e utenti Covid
Prima Fase	Realizzazione booklet "Accendiamo un Sole". 200 disegni realizzati da bambini e ragazzi di tutta Italia, consegnati al personale Covid INRCA di
T TITITUT USC	Ancona.
	Organizzazione e gestione attività numero verde per INRCA
Seconda Fase	Predisposizione di tutta la cartellonistica Covid per utenti e per operatori INRCA
occorrida i asc	Drive through - tampone in auto nelle varie zone della città - social, media, dissemination
Prima Fase	Produzione reportistica giornaliera su occupazione posti letto Covid in 3 momenti della giornata
Seconda Fase	Rendicontazione delle spese in emergenza Covid secondo le diverse modalità richieste
occorrida i asc	Apertura di una contabilità speciale
Prima Fase	Apertura di un conto corrente dedicato per donazioni a favore dell'emergenza sanitaria
	proposition of the section of the decimal of the section of the se

Volendo valutare l'emergenza Covid anche da un punto di vista quantitativo vengono di seguito presentate delle evidenze numeriche sulle attività trasversali svolte dall'INRCA nel 2020 in tale ambito.

Nel dettaglio:

- **Screening e Diagnosi**, nel dettaglio attivazione del Drive trhough camper e il monitoraggio del personale;

Tipologia Test*	N°
SARS-CoV-2 tampone molecolare standard	8.700
SARS-CoV-2 tampone molecolare rapido	1.775
SARS-CoV-2 tampone nasale antigenico	1.449
SARS-CoV-2 ANTICORPI (test rapido)	440
SARS-CoV-2 Sierologico IgG (CLIA)	9.608
SARS-CoV-2 Sierologico IgM (CLIA)	443

^{*}attività al 19/01/2021

- Ricovero e Cura, rimodulazione dell'offerta dei servizi di PS/PPI, reparti covid;

FASE 1
Tot Pazienti Ricoverati COVID articolati per modalità di dimissione

MODALITA' DI DIMISSIONE	ANCONA	FERMO
WODALITA DI DIWISSIONE	FASE1	FASE1
Deceduto	76	15
Dimissione a domicilio	16	24
Dimissione presso struttura residenziale	25	9
Trasferimento presso altro Isituto per acuti	17	0
Trasferimento presso stesso Istituto in altro regime	4	0
Dimissione per trasferimento ad altro istituti di ricovero riabilitativo	1	1
Dimissione volontaria	1	2
TOTALE	140	51

Picco Ricoveri Pazienti COVID

Presidio Ancona 60 (8 aprile 2020)

Presidio Fermo 25 (12 maggio 2020)

Si consideri che in ogni caso i numeri appena rappresentati sono in realtà riduttivi rispetto all'impatto nei confronti della struttura dell'emergenza Covid perché ci sono stati circa 210 pazienti ulteriori che sono stati gestiti come sospetti fino alla certezza della loro negatività, cosa quest'ultima che specie nella primissima fase emergenziale poteva concretizzarsi anche diversi giorni successivi al ricovero per mancanza di tempestività dei tamponi.

FASE 2

Pazienti presenti il 19/01/2021

Presidio Ancona 35 Presidio Fermo 18 Residenza Dorica 36 Totale 89

Il Totale Ricoveri Ospedalieri e Residenziali in Regione Marche al 19/01/2021 è pari a 911 per cui a quella data il contributo Inrca per pazienti ricoverati è pari al 9,8%, ben superiore alla sua dimensione nell'ambito del SSR (in termini di budget complessivo circa il 3%).

- Ricerca:

- o Progetto ReportAge Covid Osservatorio Permanente Nella 1 Fase arruolati 135 soggetti al baseline e 45 al Follow-up.
 - 5 Collaborazioni in Progetti di Ricerca
 - Con altri Istituti Pubblici NUTRI-COVID-19, GEROCOVID, ACE-I/ARB -COVID 19
 - Con Rete Cardiologica degli IRCCS
 - Interni all'Istituto ECOCOVID
 - Collezione COVID di campioni biologici conservati in BioGer La biobanca Istituzionale sull'Invecchiamento:
 - 3.000 campioni biologici (sangue, cellule del sangue, siero, plasma)
 - Da 300 pazienti COVID e sospetti COVID
 - Inserita nella Directory Covid-19 del Network Europeo delle biobanche BBMRI
- **Vaccinazioni,** Hub di stoccaggio e distribuzione, somministrazione vaccinazione personale, operatori e pazienti.

	Adesioni alla Vaccinazione	Prima dose di Vaccinazione somministrata
Dipendenti, Collaboratori e Personale di	923	864
ricerca		
Pazienti	8	8
Dipendenti ditte Fornitrici	183	159
Totale	1.114	1.031
Soggetti vaccinati per conto Asur		432

IMPATTO COVID NEL PRESIDIO CASATENOVO INRCA

Al pari di quanto già fatto con i Presidi marchigiani anche nel caso dei presidi di Casatenovo e Merate non ha senso, visto quanto accaduto con l'emergenza pandemica, declinare analiticamente l'attività erogata.

Va piuttosto ricordato l'impatto che la subentrata e drammatica emergenza legata alla epidemia da Covid-19 ha avuto nei nostri Presidi di Casatenovo e Merate in termini di organizzazione, attività e produzione; in questa logica l'originaria programmazione 2020, che prevedeva un recupero dell'attività di ricovero per acuti e di riabilitazione rispetto al 2019 e l'attivazione prevista nella struttura di Casatenovo dell'attività di degenza post acuzie (18 p.l.), con avvio graduale a partire dal primo aprile 2020 non si è potuta realizzare. Si anticipa a tal proposito che già in sede di relazione del bilancio Preventivo si rimandava alla necessaria ridefinizione dei tetti contrattuali da realizzarsi con l'ATS di riferimento e che questo aspetto è citato nel parere di approvazione da parte della Regione stessa.

L'imprevista, drammatica emergenza legata alla epidemia da Covid – 19 ha completamente stravolto l'attività pneumologica per acuti erogata presso il Presidio di Merate, divenuto anch'esso, nell'ambito del programma di emergenza regionale e dell'ATS/ASST, struttura covid, del tutto integrata e completamente a disposizione delle necessità del presidio, del Pronto Soccorso e Rianimazione in particolare. Operativamente i primi ricoveri Covid sono datati 7 marzo 2020. Si è stravolto, sia il modello organizzativo interno, che il regime assistenziale assicurato che la tipologia dei pazienti assistiti. Basti dire che ad un certo punto, rispetto ad un reparto autorizzato ed accreditato per 22 posti letto di pneumologia per acuti, di cui 6 di semintensiva e 16 ordinari, si è arrivati ad avere anche 6 pazienti intubati trasformando gli ulteriori 16 posti letto ordinari in un reparto di semintensiva in ventilazione con cpap. Sempre poi in accordo con la Direzione Generale dell'ASST, ad un certo punto, evidentemente riconosciuta la strategicità del reparto Inrca e soprattutto la sua valenza specialistica e le competenze dei professionisti, in particolare del Direttore dott. Colombo, lo stesso è stato individuato referente clinico per ulteriori 2 reparti Covid dell'Ospedale di Merate (circa 60

posti letto). Questa situazione ha naturalmente avuto impatto sulla attività ordinaria già programmata, compresa la parte di riabilitazione di Casatenovo, coinvolta in via indiretta per il personale di assistenza che è stato dovuto trasferire in via straordinaria a Merate, per esigenze assolutamente eccezionali di supporto.

Problematiche importanti si sono evidenziate nella c.d. fase 2 di ripartenza e anche la previsione annua riflette queste difficoltà, tanto più tenendo conto del concretizzarsi pieno della c.d. seconda ondata pandemica. Si ricorda inoltre che l'attività di riabilitazione presso il Presidio di Casatenovo è stata sospesa per le necessità di ristrutturazione del presidio stesso a seguito dei nuovi e maggiormente stringenti parametri organizzativi e logistici a seguito della pandemia. Le attività di riabilitazione erano state attivate presso ulteriori spazi presenti all'interno del Presidio di Merate (10 p.l.) in attesa che si completasse entro novembre una prima parte delle attività di ristrutturazione previste. Tuttavia l'arrivo della seconda ondata che ha trasformato nuovamente il reparto per acuti di Merate in un reparto interamente semintensivo, anche in considerazione della virulenza con la quale la pandemia ha colpito il territorio lecchese, ha fatto sì che quest'ultimo assorbisse interamente le risorse umane e professionali dell'Istituto, visto la maggiore intensità clinico assistenziale richiesta, impedendo di fatto la prosecuzione dell'attività di ricovero riabilitativa.

Le stesse attività ambulatoriali scontano le necessità della nuova riorganizzazione che inevitabilmente implica minor livelli di produttività rispetto agli anni precedenti a causa dell'applicazione delle norme sul distanziamento sociale e che, in previsione annua, rischia di ridursi ulteriormente.

Tutto ciò naturalmente configura una situazione anche di "lettura" dell'attività e dei dati economici del tutto straordinaria, soprattutto per quanto riguarda la Previsione annua, come peraltro la stessa Regione Lombardia ha provveduto a fare con il Decreto n.16840/2020.

Da un punto meramente quantitativo i pazienti trattati come Covid nella prima fase sono stati 106 mentre nella seconda fase ancora in atto, come già detto, il reparto di 22 p.l. è interamente dedicato ad attività semintensiva ha già accolto fino alla chiusura del 2020 70 pazienti Covid. Ovviamente tali numeri sono via via incrementati nel corso del 2021, stante la persistenza dell'emergenza ad oggi ancora in corso. La dimensione di questi numeri evidenzia in maniera significativa l'impatto travolgente che l'emergenza pandemica ha avuto sulle attività del Presidio.

ASSISTENZA TERRITORIALE

Considerata la vocazione dell'istituto (attività rivolta all'anziano fragile) nel corso del 2020 si volevano consolidare esperienze di attività di impronta tipicamente territoriale oltre all'attività ambulatoriale erogata dai diversi presidi e che da sempre rappresenta quota parte dell'offerta assistenziale Inrca. Nello specifico si fa riferimento alle seguenti strutture a gestione diretta:

- Centro Diurno Alzheimer, che svolge la sua attività a favore dei pazienti della città di Ancona e che ha, a regime, un'utenza media giornaliera intorno alle 12 unità;
- Residenza Dorica, che è una Rsa situata sempre nel territorio di Ancona e che si caratterizza per una gestione mista nel senso che l'offerta alberghiera e socio assistenziale è garantita dall'Istituto Santo Stefano, proprietario della struttura, mentre l'attività clinica e riabilitativa è erogata direttamente dall'Inrca. L'attività è comunque erogata dall'Inrca in una logica di continuità di cure con l'attività per acuti erogata presso l'Ospedale di Ancona. La dimensione evidenzia l'ormai stabilizzata attività a 30 letti con la sperimentazione sanitaria del c.d. modello delle cure intermedie e in questa seconda ondata si sta caratterizzando per un impiego pieno e totale sul versante Covid;
- Presidio di Appignano, che si caratterizza per essere una struttura riabilitativa residenziale considerata dalla Regione Marche alla stregua di una struttura erogatrice attività residenziale per anziani. In realtà l'attività negli ultimi due anni è erogata nel presidio di Treia a causa della situazione strutturale che caratterizzava il Presidio di Appignano che ha portato alla sua demolizione. A tutt'oggi si è in attesa della ricostruzione, anche se sono state avviate le attività prodromiche alla stessa. Questo comporta che l'allocazione presso la RSR di Treia ridimensiona notevolmente l'attività originaria riducendo i posti letto al 40 % (da 40 a 16).

Quanto sopra descritto, per l'assistenza ospedaliera dei pazienti Covid, vale ovviamente anche per la parte territoriale dell'istituto che si ricorda fa riferimento alla Residenza Sanitaria Riabilitativa Medicalizzata oggi a Treia, alla RSA Residenza Dorica attualmente a regime con 30 posti letto gestita da un punto di vista clinico dall'Inrca con il supporto assistenziale e alberghiero dell'Istituto Santo Stefano, proprietario della struttura e al Centro Diurno Alzheimer, situato nella stessa struttura in cui ha sede la Direzione Generale, che svolge ormai da diversi anni attività diurna rivolta a pazienti dell'ex Zona Territoriale 7, ora Asur Area Vasta 4, anche in questo caso in forte interrelazione con l'attività svolta nell'ambito del Por di Ancona, specificatamente nell'ambito dell'UO di Neurologia.

5 Albero delle performance, obiettivi strategici, obiettivi e piani operativi, obiettivi individuali

Come indicato in sede di Piano delle Performance le dimensioni strategiche dell'istituto sono condizionate in maniera forte sia dalla natura dello stesso in termini di assetto giuridico sia dalla particolare mission aziendale. Pur essendo un unico istituto infatti la dimensione multi regionale impone necessariamente percorsi e processi diversi per ciascuna Regione di riferimento. Allo stesso modo la mission aziendale, la natura esclusivamente geriatrica dell'Istituto, se da una parte lo rende particolarmente "attraente" vista l'attualità del problema dell'invecchiamento della popolazione, dall'altra rende l'istituto unico nel suo genere e come tale non facilmente riconducibile agli attuali meccanismi di valutazione delle aziende sanitarie (a puro titolo di esempio non esistono DRG specificatamente geriatrici pur essendo ben più complessa la cura di un paziente ultra anziano e con quasi sempre più patologie concatenate tra loro).

In questo ambito l'albero della performance dell'Istituto era sostanzialmente definito dal Consiglio Indirizzo e Verifica prevedeva i seguenti percorsi strategici

- 1. Alta specializzazione nella gestione di multimorbilità associata a politerapia e studio delle basi biologiche dell'invecchiamento e delle malattie età-associate
- 2. Organizzazione dell'assistenza attraverso modelli innovativi ospedale-territorio con focus sulla fragilità/disabilità
- 3. Organizzazione dell'assistenza attraverso modelli innovativi "tecnoassistiti"
- 4. Promozione e sviluppo di imprenditoria orientata alla longevità
- 5. Sviluppo di modelli occupazionali dopo i 60 anni

Inoltre si erano posti in senso di unicità aziendale lo sviluppo:

- della vocazione territoriale;
- della conseguente implementazione e lo sviluppo dei rapporti interaziendali;
- della revisione e sviluppo di modelli operativi ed organizzativi innovativi che l'area della ricerca doveva "accompagnare";
- dei percorsi di valorizzazione delle risorse umane e professionali;
- dei percorsi tesi al mantenimento e sviluppo dell'orientamento alla qualità e alla sicurezza;
- dell'internazionalizzazione della ricerca biomedica per valorizzare l'impegno scientifico dei ricercatori, per promuovere la cooperazione ed incrementare la competitività, per favorire scambi internazionali che prevedano la mobilità dei ricercatori anche con reclutamenti dall'estero

Sempre in ambito di piano della performance erano stati poi declinati una serie di obiettivi strategici ed operativi con riferimento all'ambito scientifico, sanitario ed amministrativo.

Rispetto a questi ultimi si rappresentano di seguito, per quanto possibile e non condizionato dalla pandemia, le performance aziendali in ambito scientifico, clinico assistenziale e per i processi interni di supporto.

Ambito scientifico

Nel 2020, nonostante il verificarsi della pandemia da SARS-CoV-2, la produzione scientifica dell'Istituto, valutata in base al numero degli articoli scientifici pubblicati, si è mantenuta pressoché costante, ma è invece aumentato il valore di Impact Factor Ministeriale (IFM o IF normalizzato secondo i criteri ministeriali), con una produzione pari a 445,21 punti, a fronte di un valore pari a 360,17 nel 2019 e a 507 nel 2018. Questo indicatore, riconosciuto come criterio di valutazione dal Ministero della Salute, dimostra che gli articoli scientifici prodotti sono stati pubblicati in riviste scientifiche importanti e prestigiose. Sono progressivamente aumentate anche le citazioni ovvero diffusione e riconoscimento - che articoli e pubblicazioni dell'Istituto hanno ricevuto nel periodo di riferimento, passando da 7.439 citazioni ricevute nel 2019 alle 7.924 ottenute nel 2020.

L'articolazione dell'IF diviso per Linee di Ricerca è riportato nella tabella seguente, includendo anche riferimenti specifici che il Ministero della Salute ha introdotto per quanto riguarda la produzione scientifica dedicata al COVID:

LINEE DI RICERCA	2018		2019		2020		
	N°articoli	IFM	N°articoli	IFM	N°articoli	IFM	
Linea di Ricerca 1	45	168,3	45	168,3	18	125,40	
Linea di Ricerca 2	35	143,6	35	143,6	31	111,10	
Linea di Ricerca 3	27	88,6	27	88,6	22	65,40	
Linea di Ricerca 4	15	65	15	65	22	96,51	
Linea COVID					11	46,80	

Inoltre, il risultato globale è correlato al coordinamento delle tematiche della ricerca che viene svolto all'interno delle quattro linee di ricerca istituzionali che integrano l'attività scientifica condotta all'interno delle diverse articolazioni organizzative, siano esse le diverse Sedi dei Presidi Ospedalieri di Ricerca o le strutture Dipartimentali.

Si riportano di seguito alcune tabelle generali di presentazione dei risultati della produzione scientifica in modalità aggregata per:

- SEDE/POR
- Dipartimento.
- Direzione Scientifica/Staff.

Tali dati rappresentano il contributo delle singole strutture al valore complessivo di IFM raggiunto dall'Istituto, considerando però che a ciascuna pubblicazione possono avere partecipato e contribuito ricercatori afferenti a strutture diverse (ad es. un ricercatore del PST, ricercatori clinici appartenenti a POR diversi, un ricercatore dello staff) nella logica perseguita del lavoro di team intra-aziendale.

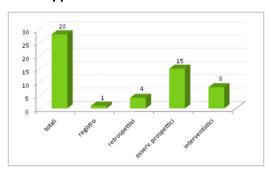
IFM PER DIPARTIMENTO			
	2018	2019	2020
POST ACUZIE CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA – AN	46,20	94,80	100,80
GERIATRICO AD INDIRIZZO MEDICO – AN	170,34	132,13	104,01
GERIATRICO AD INDIRIZZO CHIRURGICO – AN	155,66	97,55	127,65
SERVIZI, LABORATORI CLINICI E DI RICERCA – AN	112,40	64,99	91,74
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIO-CEREBRO VASCOLARE –	11,00	17	18,40
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO PNEUMOLOGICO – CASATENOVO	6,8	3	7,60
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIOVASCOLARE – COSENZA	75,8	57,5	125,6

L'attività di ricerca e la produzione scientifica istituzionale si estrinsecano inoltre in studi e sperimentazioni cliniche, sviluppati all'interno dell'Istituto o commissionati da sponsor esterni, condotti nelle diverse Sedi dopo aver ottenuto l'approvazione da parte del Comitato Etico. Nella successiva tabella sono riportati i principali indicatori globali in termini di nuovi studi approvati, studi attivi e numerosità dei pazienti arruolati.

INDICATORI GLOBALI	2018	2019	2020
N° studi approvati e avviati	7	9	12
N° Studi Attivi	40	42	45
N° pazienti arruolati	930	1464	1501

In aggiunta agli 11 nuovi studi approvati ed avviati nel 2020 (1 dei 12 nuovi studi è stato valutato dal CE dell'IRCCS Spallanzani di Roma in quanto interventistico farmacologico su pazienti COVID-19), il Comitato Etico dell'IRCCS INRCA ha dato parere favorevole ad altri studi nell'anno 2020 per un totale di 28 tra monocentrici e multicentrici con diverso disegno di studio come mostrato nella Figura successiva:

Studi approvati dal CE INRCA nel 2020



Anche nel corso dell'esercizio 2020 si conferma l'attività delle c.d. "ricerche finalizzate", cioè di quell'area della ricerca scientifica finanziata ad hoc con progetti specifici sia in ambito nazionale che in ambito europeo ed internazionale. In particolare, oltre alla prosecuzione dei progetti attivati negli anni precedenti, anche nel corso del 2020 sono state finanziate diverse ricerche finalizzate, in particolare su fondi europei, su fondi erogati dal Ministero della Salute ed anche su finanziamenti privati.

Nello specifico, si evidenzia l'attivazione di numerose partnership con centri di ricerca nazionali ed internazionali che hanno consentito di ottenere finanziamenti pubblici – Comunità Europea, Ricerca Finalizzata Ministero della Salute, progetti finanziati da altri ministeri o a livello regionale – e privati – fondazioni bancarie e industrie - per la realizzazione di progetti di ricerca di grande rilievo.

Nel 2020 sono stati gestiti 52 progetti relativi all'anno in corso e agli anni precedenti e sono stati finanziati 13 nuovi progetti dai seguenti enti:

- 1. Ministero della Salute (5 progetti)
- 2. Ministero della Salute/Regione Marche (1 progetto)
- 3. Privati (4 progetti)
- 4. Istituto Superiore di Sanità (1 progetto)
- 5. EU/Ministeri (2 progetti)

Si riporta di seguito una breve descrizione di alcuni progetti che sono stati attivati nel corso del 2020 e le cui attività proseguiranno anche nel corso del 2021:

Progetto di Rete GET HEALTH - Geriatric telemanagement of health conditions in nursing home residents recently discherged from the hospital (Bando Ricerca Finalizzata 2018 – Ministero della Salute – coordinamento ISS), di cui l'INRCA svolge il ruolo di referente del WP4 per studiare e sviluppare un modello di tecnoassistenza per i pazienti più anziani, con multimorbidità, dimessi dall'ospedale a strutture sanitarie residenziali, integrando l'attività di specialisti geriatri con personale sanitario e medici di medicina generale. Tale modello sarà valutato in termini di efficacia e costo-efficacia per la gestione dei pazienti coinvolti.

Progetto REHABOT – Realizzazione di una palestra tecnologica per la riabilitazione neuromotoria dell'anziano (Conto Capitale IRCCS CC 2019-20 - Ministero della Salute) con l'obiettivo di creare un Laboratorio di neuro-riabilitazione robotica presso il POR INRCA di Cosenza e che nasce dalla volontà di capitalizzare l'esperienza positiva maturata nei Laboratori dei Presidi Ospedalieri di Ricerca di Ancona e Fermo, e valorizzare la peculiarità dell'INRCA, quale IRCCS di diritto pubblico presente in più regioni. L'integrazione delle diverse competenze multidisciplinari su scala di Istituto favorirà la progettazione di modelli di trattamento innovativi, realizzando una esperienza unica in Regione Calabria. Il Laboratorio si come obiettivi principali la creazione uno spazio tecnologico avanzato, innovativo nel territorio di riferimento, per sostenere l'attività clinica e di ricerca dell'U.O. di Riabilitazione Intensiva del POR INRCA di

Cosenza, finalizzato al trattamento dei deficit funzionali del paziente anziano fragile, il trasferimento dell'esperienza maturata dal Laboratorio di neuro-riabilitazione robotica dei POR di Ancona e di Fermo, il rafforzamento dell'attività di ricerca traslazionale dell'Istituto, aumentando le possibilità di benchmarking e la capacità dell'Istituto di attrarre finanziamenti a livello nazionale ed internazionale.

Starting Grant – Effects of mindfulness training on quality of life of patients with alzheimer's disease and their cargivers (Bando Ricerca Finalizzata 2019 – Starting Grant - Ministero della Salute) che si fonda sull'ipotesi che i Caregivers e i Pazienti con Demenza di Alzheimer (AD-P) che abbiano completato un programma di training con il MBI (Mindfulness Based-Interventions) (MBI) possano sperimentare miglioramenti nel benessere, nell'umore e nelle prestazioni cognitive (AD-P: attenzione e memoria). L'obiettivo del progetto è quello di indagare le vulnerabilità psicologiche dei caregiver e il ruolo del training di consapevolezza nel mitigare la disperazione, preservare la speranza, dare significato e ridurre lo stress, promuovere miglioramenti significativi nelle attività della vita quotidiana, nelle performance cognitive e nella riduzione dei sintomi neuropsichiatrici.

Progetto Trend - Identifying ageing TRajEctories towards chronic Neurodegenerative Diseases through Marche regional administrative databases (Bando Ricerca Finalizzata 2019 - Ministero della Salute – coordinamento Regione Marche) che si pone l'obiettivo di integrare i database amministrativi (SDO, prestazioni ambulatoriali, prescrizioni farmaceutiche, etc..) per creare un flusso di informazione sulla popolazione marchigiana affetta da patologie neurodegenerative (malattia di Alzeimher, Parkinson, etc) al fine di identificare le traiettorie dell'invecchiamento e confrontare diversi approcci terapeutici. L'identificazione delle traiettorie di invecchiamento può contribuire a migliorare la pianificazione dei servizi sanitari preservando l'indipendenza degli adulti più anziani, in particolare dell'anziano affetto da patologie cronico-degenerative

Progetto JUVICELL – La Juvicell ha recentemente sviluppato una formula integrativa a base di ingredienti e composti naturali con l'obiettivo di ridurre gli effetti negativi delle patologie legate all'invecchiamento. Il lavoro che viene svolto dall'INRCA consiste nell'esecuzione di trattamenti con tale formula integrativa in topi vecchi e nella sperimentazione longitudinale delle prestazioni fisiche, cognitive, della fragilità e della sopravvivenza. Lo studio coinvolgerà 4 gruppi sperimentali da 50 animali ciascuno.

Sono inoltre in corso anche tre progetti finanziati nell'ambito del Programma OPERATIVO Regionale POR MARCHE FESR 2014-2020 -Asse 1 – Os 3 – Azione 3.1 - Bando: "Promuovere soluzioni innovative per affrontare le sfide delle comunità locali nell'ambito della salute e benessere": DC Pressure volto a sviluppare dei Medical Device innovativi per la prevenzione e cura delle ulcera da pressione, Print Age che sviluppa interventi diagnostici e nutraceutici volti ad incrementare l'appropriatezza delle prescrizioni farmacologiche attraverso la personalizzazione delle cure e OpenCare dedicato all'implementazione e sperimentazione di una serie di Macro Smart Object per supportare l'assistenza degli anziani in struttura e favorire la trasparenza.

Si conferma come l'attività di ricerca e la produzione scientifica istituzionale si estrinsechino anche in studi e sperimentazioni cliniche, sviluppati all'interno dell'Istituto o commissionati da sponsor esterni, condotti nelle diverse Sedi dopo aver ottenuto l'approvazione da parte del Comitato Etico dell'IRCCS INRCA: per l'anno 2020 sono stati presentati ed approvati 28 studi e sperimentazioni cliniche (dato rilevato al 30.11.20), incluse valutazioni anche con carattere di urgenza per studi ed emendamenti su protocolli relativi al COVID-19 e per forme di uso compassionevole di farmaci utilizzati per COVID-19.

A partire da questo dato si intendono infine evidenziare le attività progettuali e gli studi e le sperimentazioni cliniche sul COVID-19, sviluppati dall'Istituto o a cui l'Istituto ha partecipato in un'ottica collaborativa con altri enti ed istituzioni nazionali ed internazionali.

In particolare sono stati sviluppati progetti istituzionali, quali lo Studio ReportAge COVID con l'obiettivo di raccogliere dati integrati nella Clinica Informatizzata e studiare il decorso della malattia COVID-19 in soggetti con età > 65 anni, identificando profili e fattori di rischio per esiti negativi, ed il Progetto GERICO "Geriatric approach to frailty in COVID-19 patients", nell'ambito del bando della Ricerca sul COVID-19 del

Ministero della Salute, per aumentare la conoscenza sul COVID-19, migliorare la salute dei pazienti anziani ultrasessantacinquenni, comprendere la patogenesi della malattia e migliorarne la gestione. Sempre a livello istituzionale la Biobanca Bioger è stata registrata all'interno della Directory COVID di BBMRI.

Presso l'Istituto sono stati avviati progetti collaborativi per la valutazione ed implementazione di studi e ricerche proposti da promotori esterni, con l'obiettivo di indagare – con particolare riferimento ai pazienti anziani - la relazione tra COVID-19 ed aspetti diagnostici, modalità di presentazione tipiche ed atipiche nell'anziano, aspetti nutrizionali, fattori di rischio legati a comorbidità e condizioni che possono condurre ad esiti sfavorevoli.

Infine, sono stati gestiti e/o rendicontati 4 progetti in conto capitale, finanziati dal Ministero della Salute per l'acquisizione di attrezzature:

ANNO	NOME PROGETTO	IMPORTO		
	CatPUB- Istituzione di una rete collaborativa traslazionale intraregionale per la diagnosi precoce nella			
	popolazione anziana delle neoplasie cutanee in fase iniziale con l'utilizzo del microscopio laser confocale;			
2012	l'integrazione riguardera sia centri specialistici ospedalieri che universitari, nonche gli specialisti del territorio ed	310.000,00€		
	i MMG, attraverso percorsi diagnosticoterapeutici Ref CC 2012-DGRSBV n. 6163 del 18/10/12 / Conto			
	Capitale			
	Cat. A -PUB- Aggiornamento ed integrazione della piattaforma tecnologica per l'analisi genetica delle patologie			
2014/2015	dell'invecchiamento presso l'IRCCS INRCA - Ref Procedura Fondi 2014-2015 - IRCCS - DGRIC n. 3423 del			
	22/09/2015 / Conto Capitale			
	CatPUB- Progetto BioGer. Creazione di una BioBanca INRCA per la diagnosi, la ricerca e l'assistenza in ambito	189.490.40 €		
2014/2015	geriatrico - Ref Procedura Fondi 2015 - IRCCS - DGRIC n. 5151 del 25/11/2016 / Conto Capitale	109.490,40 €		
2016/2017	Cat. A -PUB- YOUSE - Creazione di un Laboratorio per lo studio dell¿usabilità di tecnologie innovative per	260.970,16 €		
2016/2017	l¿assistenza alla popolazione geriatrica - Ref CC 2016-2017-DGRIC N. 5070 12/06/2017 / Conto Capitale	200.970,10 €		

Ambito clinico assistenziale

La programmazione aziendale era stata avviata con l'approvazione della Determina n. 43/2020.

L'approvazione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR della Regione Marche per l'anno 2020 è avvenuta inizialmente con DGR n. 317 del 12/03/2020, nella prima settimana in cui stava esplodendo l'emergenza pandemica. Tali obiettivi erano pertanto impostati in una situazione di continuità con quelli degli anni precedenti e non potevano tenere conto di quanto invece stava accadendo. Successivamente è stata adotta la DGRM 1053 del 27/07/2020 che ha interamente riscritto l'asset degli obiettivi definendo un target per i prossimi 5 mesi di attività ipotizzando una condizione di ripresa delle attività. Tuttavia la stessa DGRM 1053 ipotizzava quanto segue:

2. per la parte sanitaria:

a) per i primi sette mesi ricadenti nel periodo emergenziale, salvo proroga dello stesso, essendo stato prioritario per gli Enti dare risposta immediata ed efficace all'emergenza pandemica, gli obiettivi vengono sostituiti dalla rispondenza di tutte le azioni necessarie per fronteggiare l'emergenza, in coerenza con i provvedimenti regionali emessi "ad hoc" e precisamente dalle seguenti tabelle:

Prog	Sub- obietti vi	Fonte	Indicat	ore	e Numeratore		meratore Denominatore Tai		Target ASUR			get AOU Incona		get AO Nord	Target INRCA			
	AREA PREVENZIONE COLLETTIVA E VETERINARIA E SICUREZZA ALIM										ZA ALIM	ENTAR	RE					
E -1	Applic azione della DGR concer nente la "Strate gia Region	Rileva zione ad	vaccinale vaccinaz antinfluer alle categ vaccinali all'allega della Do eccetto ope	appartenen categor uzale vaccinali o orie all'allegat di cui della DC to B eccetto ope GR, eratori per		Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale alle categorie vaccinali di cui all'allegato B della DGR, eccetto operatori sanitari		N. soggetti appartenenti alle categorie vaccinali di cui all'allegato B della DGR, eccetto operatori sanitari, vaccinati per antinfluenzale		enti alle orie i di cui gato B GGR, peratori (50%) = (2.5%) = (100%) ; Tra (55%) e (50%) ; Tra (55%) e (4%) = (50%) ; (55%) = (90%)		appartenenti alle i categorie vaccinali di cui all'allegato B ri della DGR, tii eccetto operatori sanitari			NO	N	4O	NO
E -2	ale per la Stagio ne Influen zale 2020- 2021"	Нос	Coperti vaccinale vaccinaz antinfluer agli oper sanita	e per ione nzale atori	N. oper sanitari va per antinflue	accinati	N. ope sani		(10) Tra 3 89% = Tra 3 69% =	0%); (70% e Tr = (80%); 89% 50% e Tr = (50%); 69%		90% = 100%); a 70% e a = (80%); a 50% e a = (50%); % = (0%)	(10) Tra 3 89% = Tra 3 69% =	0% = (0%); 70% e = (80%); 50% e = (50%); b = (0%)	≥ 90% = (100%); Tra 70% e 89% = (80%); Tra 50% e 69% = (50%); < 50% = (0%)			
Prog.	Sub-obie		Fonte		icatore		eratore	Denomi		Targ ASU	R	Target AOU Ancona		arget AO MNord	Target INRCA			
	A!	SSISTE	NZA DISTI	RETTU	ALE / TEI	RRITOR		TEGRA OSANIT		OSPEDA	ALE-1	ERRITOR	HO E II	NTEGRA	ZIONE			
E - 3	Piano regionalo la gestio dell'emer epidemiol - DGI 272/20	e per one genza logica R	Rilevazione ad Hoc	piano per la dell'e epider per distr	zione del regionale gestione mergenza miologica r l'area rettuale / itoriale	alla P.I Ospe l'attua	ione report F. Territori dale-Territ zione del 1 gestione de epidemi	o e Integr orio attes piano regi lell'emers	azione tante onale	are one Reportistica e inviata entre		Reportisti inviata ent il 31/01/202	tro inv	eportistica viata entro il 1/01/2021	Reportistica inviata entro il 31/01/2021			
E - 4	Potenziamento capacità diagnostica nell'ambito dell'emergenza Sars-Cov 2 - DGR 320/2020 e DGR 345/2020		Rilevazione ad Hoc l'orga dei an dis		Ampiramento della capacità diagnostica, la definizione di procedure operative per organizzazione dei laboratori analisi per l'area distrettuale /		Produzione report alla P.F. Territori Ospedale-Territori azioni poste i l'ampliamento diagnostica e per procedure op l'organizzazione analisi, per la dura emergenza epid COVID-19, seco indirizzo delle D DGR 34		la inviare egrazione stante le e per upacità dizione di per il soratori o stato di gica da linne di 0/2020 e		entro	Reportisti inviata ent il 31/01/202	tro inv	eportistica viata entro il 1/01/2021	Reportistica inviata entro il 31/01/2021			

Prog.	Sub- obiettivi	Fon te	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target ASUR	Target AOU Ancona	Target AO MNord	Target INRCA
				1	AREA OSPEDALIEI	RA			
E-7	Piano regionale per la gestione dell'emergen za epidemiologi ca - DGR 272/2020	Rile vazi one ad Hoc	Attuazione del piano regionale per la gestione dell'emergenza epidemiologica per l'area ospedaliera	P.F. Assistenza ospe urgenza e ricerca at del piano regiona	stica da inviare alla edaliera, emergenza- testante l'attuazione ele per la gestione epidemiologica	Reportistica inviata entro il 31/01/2021	Reportistica inviata entro il 31/01/2021	Reportistica inviata entro il 31/01/2021	Reportistica inviata entro il 31/01/2021
E - 8	Potenziamen to capacità diagnostica nell'ambito dell'emergen za Sars-Cov 2 - DGR 320/2020 e DGR 345/2020	Rile vazi one ad Hoc	Ampliamento della capacità diagnostica, la definizione di procedure operative per l'organizzazio ne dei laboratori analisi per l'area ospedaliera	P.F. Assistenza ospe urgenza e ricerca : poste in essere per capacità diagnostica di procedure l'organizzazione de per la durata dello epidemiologica da C le linne di indirizzo	attestante le azioni l'ampliamento della a e per la definizione operative per	Reportistica inviata entro il 31/01/2021	Reportistica inviata entro il 31/01/2021	Reportistica inviata entro il 31/01/2021	Reportistica inviata entro il 31/01/2021
E-9	Test sierologici nell'ambito dell'emergen za Sars-Cov 2 - DGR 414/2020	Rile vazi one ad Hoc	Effettuazione dei test sierologici	Produzione reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, emergenza- urgenza e ricerca attestante il rispetto delle modalità operative per l'effettuazione dei test sierologici, per la durata dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, secondo guanto pravista dalla DGR 414/2020		Reportistica inviata entro il 31/01/2021	Reportistica inviata entro il 31/01/2021	Reportistica inviata entro il 31/01/2021	Reportistica inviata entro il 31/01/2021
E - 10	Piano di riorganizzazi one delle attività di ricovero e ambulatorial i nell'ambito dell'emergen za Sars-Cov 2 - DGR 523/2020	Rile vazi one ad Hoc	Rispetto del piano di riorganizzazio ne delle attività di ricovero e ambulatoriali delle strutture ospedaliere	quanto previsto dalla DGR 414/2020 Produzione reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, emergenza- urgenza e ricerca attestante il rispetto del piano di riorganizzazione delle attività di ricovero e ambulatoriali delle strutture ospedaliere, per la durata dello stato di emergenza epidemiologica da COVID- 19, secondo quanto previsto dalla DGR 523/2020		Reportistica inviata entro il 31/01/2021	Reportistica inviata entro il 31/01/2021	Reportistica inviata entro il 31/01/2021	Reportistica inviata entro il 31/01/2021
E-11	PDTA pazienti COVID 19 positivi - DGR 750/2020	Rile vazi one ad Hoc	Attivazione dei PDTA per i pazienti COVID-19 positivi	Produzione reportistica da inviare alla P.F. Assistenza ospedaliera, emergenza- urgenza e ricerca attestante le azioni poste in essere per l'organizzazione del percorso di follow-up e di valutazione degli outcomes a medio e lungo termine dei pazienti COVID-19 positivi, secondo quanto previsto dalla DGR 750/2020		Reportistica inviata entro il 31/01/2021	Reportistica inviata entro il 31/01/2021	Reportistica inviata entro il 31/01/2021	Reportistica inviata entro il 31/01/2021
E - 12	Potenziamen to della rete ospedaliera - DGR 751/2020	Rile vazi one ad Hoc	Applicazione delle linee di indirizzo per il potenziamento della rete ospedaliera	P.F. Assistenza ospe urgenza e ricerca atte delle linee di indiriz il potenziamento de per emergenza COV del D.L. n. 34 del 1			Reportistica inviata entro il 31/01/2021	Reportistica inviata entro il 31/01/2021	Reportistica inviata entro il 31/01/2021

Sempre la citata DGR 1053 specificava poi che "....per i rimanenti cinque mesi dell'anno, non ricadenti nel periodo emergenziale, salvo proroga dello stesso, per ognuno dei singoli indicatori della suddetta DGR n.317/2020, viene applicata una tolleranza aggiuntiva pari al 20% del target stabilito...".

In considerazione del fatto della proroga dell'emergenza gli indicatori sanitari 2020 per l'Istituto sono riconducibili a quanto appena rappresentato. Peraltro, come già detto in precedenza, il completo stravolgimento dell'attività sanitaria ha completamente modificato l'andamento aziendale facendo inevitabilmente disattendere ogni ambito strategico ed operativo inizialmente ipotizzato.

Ad ogni buon conto rispetto a quanto richiesto dalla Regione Marche e sopra rappresentato si evidenzia che l'Istituto ha provveduto a rendicontare specificatamente. Oltre a quanto già descritto in precedenza e relativo alle azioni in covid in generale si specifica, rispetto alle puntuali richieste della Regione Marche, che: Obiettivo E3 ed Obiettivo E7:

DGR 272/2020: Piano regionale per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Obiettivo E4:

DGR 320/2020: Aggiornamento del "Piano regionale per la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19" di cui alla DGR 272 del 09.03.2020

L'anno 2020 è stato caratterizzato in maniera assolutamente stravolgente per l'emergenza pandemica e per l'operatività che questa ha comportato.

Da un punto di vista cronologico, come noto, con delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 è stato dichiarato, per la durata di sei mesi, lo stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. A fronte dello stato di emergenza sono susseguiti numerosi interventi a livello nazionale da parte del Governo, mediante l'emanazione di decreti legge contenenti misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid 19, nonché di decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri contenenti disposizioni attuative dei decreti legge.

A livello regionale, la Regione Marche, in raccordo con i Direttori degli Enti del SSR, ha elaborato, in una prima fase, il Piano Regionale assistenziale per il governo delle attività di ricovero, adottando la DGRM n. 272 del 9/03/2020 nella quale, tra le altre cose, si specificava che veniva definito il presidio INRCA della Montagnola di Ancona, come struttura deputata al ricovero di pazienti COVID-19 in fase acuta, e che l'INRCA di Fermo mettesse fosse deputata al ricovero dei pazienti COVID-19 positivi in fase post-critica. Il presidio di Osimo di fatto veniva destinato a struttura No COVID-19.

L'Istituto fin da subito, in data 24 febbraio 2020, ha istituito una Unità di Crisi avente carattere multidisciplinare che nel corso del tempo, tenendo conto dell'evolversi drammatico della situazione e delle esigenze, si è ampliata di diverse professionalità e si è riunita giornalmente.

A seguito dell'analisi e della mappatura dei rischi determinati dalla gestione dei pazienti Covid e no Covid, sono state poste in essere continue rimodulazioni delle aree e delle strutture dei Presidi Ospedalieri distinguendo le aree Covid da no Covid e rimodulando le aree di degenza in una logica di intensità di cura (urgenza, area critica, area semicritica, acuzie, palliazione e fine vita). Ovviamente questa rimodulazione e riorganizzazione continua ha comportato accorpamenti tra reparti e la necessità di trasferimento di alcune attività dal Presidio della Montagnola al presidio di Osimo, al fine di garantire comunque l'erogazione di servizi indispensabili anche per i pazienti No Covid.

Tra le principali azioni poste in essere si evidenzia:

- La ridefinizione dei percorsi di accesso esterni degli utenti, sia al PS di Osimo che al PPI della Montagnola, differenziando quelli "sporchi" da quelli "puliti" in relazione allo stato del paziente e sua eventuale positività e/o sospetto;
- La condivisione e l'applicazione di un protocollo clinico per intensità di cura con l'utilizzo di algoritmi specifici;
- L'attivazione di una area completamente dedicata presso la ex palazzina "Persichetti", a pazienti covid, di due piani;
- L'attivazione presso il primo piano della suddetta palazzina una area ad alta intensità di cura, di 3 posti letto di Terapia Intensiva e 5 di semi intensiva;
- L'ampliamento ulteriore di aree dedicate a pazienti sospetti e/o positivi, presso il corpo centrale, negli ex 4°, 3° e 2° piano, con piano dedicato anche ai pazienti in fase di fine vita;
- L' accorpamento di reparti sia all'interno del Presidio di Ancona (UO Cardiologia con UO Neurologia, UO Degenza Post Acuzie con UO Riabilitazione, UO Geriatra con UO Clinica Medicina Interna) che al Presidio di Osimo (UUOO Chirurgia, Urologia e Piede Diabetico di Ancona presso l'UO Chirurgia di Osimo, UO Pneumologia con UO Medicina).
- La chiusura dei reparti del Por di Fermo per pazienti No Covid in quanto interamente dedicato all'attività Covid.

Inoltre sono state fornite indicazioni operative in materia di attività di ricovero programmato, di specialistica ambulatoriale, di farmaceutica, di ricette dematerializzate, di materiale sanitario.

Parallelamente a quanto sopra sinteticamente rappresentato molteplici sono state le attività poste in essere al fine di garantire i necessari supporti tecnico logistici all'operatività sanitaria, la sicurezza e la protezione degli operatori impegnati in prima linea e dei pazienti stessi, le necessarie attività di comunicazione istituzionale nonché di monitoraggio dell'evoluzione dell'emergenza pandemica.

(vedi Allegato Nota Dott.ssa Ferrara UOS Rischio Clinico DMP prot. 25386 del 15 luglio 2020.)

Obiettivo E8:

- DGR 345/2020 "Emergenza COVID 19 "diagnosi molecolare per COVID 19": in base alle previsioni di cui alla DGR 345/2020 l'INRCA ha attivato l'indagine per il test molecolare per la ricerca del Virus SARS COV2 secondo le direttive dalla stessa impartite, a partire dal mese di maggio 2020. Sono stati eseguiti nel corso del 2020 n. 9657 test per la ricerca del virus SARS COV 2 dal laboratorio INRCA. Di questi n. 7434 test sono stati eseguiti con test RNA molecolare su tampone naso faringeo, n. 1492 test RNA molecolari Rapidi e n. 731 test con modalità antigenica.
- Inoltre, più di recente, è stato attivato un camper per l'esecuzione di tamponi per la popolazione. Obiettivo E9:
- DGR 414/2020 Emergenza COVID-19 Avvio test sierologici: modalità operative. E' stata prodotta a cura della Direzione medica di Presidio la Procedura n°M.IO07.DS su cui viene eseguito a tutt'oggi lo screening sui dipendenti. Ad oggi sono stati eseguiti 8512 test sierologici sui dipendenti con cadenza quindicinale. Obiettivo E10:
- DGR 523/2020 Epidemia COVID-19: Piano di riorganizzazione delle Attività di Ricovero ed Ambulatoriali presso le Strutture Ospedaliere Pubbliche e Private accreditate del Sistema Sanitario Regionale. In applicazione della DGR 523 sono state prodotte dalla DMP le procedure per la ripartenza di tutte le attività di ricovero ed ambulatoriali nel periodo maggio giugno 2020, con la revisione della procedura generale MPO18.DS (vedi Allegato Nota Dott.ssa Ferrara UOS Rischio Clinico DMP prot. 25386 del 15 luglio 2020.).

Obiettivo E11:

• DGR 750/2020 Epidemia COVID-19: PDTA pazienti COVID 19 positivi - Organizzazione del percorso di follow-up e di valutazione degli outcomes a medio e lungo termine.

L'Istituto ha prodotto un'apposita procedura operativa (n. rif. P09.P002.DS del 02/07/2020) sulla cui base è in corso il follow up dei pazienti in un ambulatorio dedicato.

I pazienti ricoverati presso l'INRCA sono stati individuati e selezionati dai medici in servizio presso il reparto COVID di Ancona. Gli stessi pazienti sono stati contattati ed è stato programmato il percorso predefinito di esami e visite con posti in agenda riservati (HRTC torace, visita pneumologica con spirometria, DLCO ed eventuale emogasanalisi, visita infettivologica).

In totale n. 18 pazienti ricoverati nei mesi di marzo-maggio 2020 presso il reparto COVID dell'INRCA hanno effettuato TAC Torace, spirometria, DLCO, visita pneumologica e visita infettivologica.

Di questi alcuni hanno già eseguito secondo controllo TAC e pneumologico. Tutti hanno controllo infettivologico a 12 mesi.

Relativamente agli operatori sanitari, dei risultati positivi nel corso del periodo Marzo-maggio 2020, circa 10-15 hanno avuto un interessamento polmonare. Tutti hanno eseguito la visita pneumologica con spirometria, DLCO, e 5 hanno eseguito TAC torace di controllo.

N. 35 hanno eseguito prima visita infettivologica e N. 5 hanno eseguito visita cardiologica con ecocardiogramma.

Le attività sono tutt'ora in corso.

Obiettivo E12:

• DGR 751/2020: Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 in attuazione del D.L. 19 MAGGIO 2020, N. 34 (Misure Urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19)

Il Piano di adeguamento INRCA relativo all'applicazione della DGR 751/20 prevede la riorganizzazione logistico strutturale dei punti di accesso dell'emergenza e l'adeguamento di un'area, specificamente dedicata, all'interno del Presidio di Ancona, per l'assistenza di pazienti che necessitano di assistenza "semintensiva", con percorsi e spazi separati e una dotazione di 10 p.l. funzionalmente integrata con la rete ospedaliera Hub & Spoke regionale, organizzata per livelli di complessità crescente, per garantire l'attività ordinaria a regime, mantenendo il più possibile l'elasticità delle funzioni.

Con tale progettualità l'INRCA si propone di rendere prontamente disponibile , in caso di necessità , una struttura capace di rispondere ai picchi di richiesta "emergenziale" con implementazione di trattamenti ad medio-alta intensità di cura.

L'Ordinanza 29/2020 del 09/10/2020 individua le Aziende del SSR (anche per Marche, Lombardia, Calabria) quali Soggetti Attuatori dei piani di riorganizzazione delle aziende ospedaliere nelle strutture di rispettiva competenza, per la realizzazione dei lavori finalizzati al potenziamento della rete ospedaliera.

Secondo quanto stabilito al punto 1, lettera a) dell'Ordinanza stessa, l'INRCA ha provveduto ad inviare alla struttura commissariale, per il tramite del proprio referente regionale, il file di "pianificazione operativa", comprensivo di cronoprogramma degli interventi contemplati nel piano di riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza Covid-19 e da eseguirsi presso i Presidi INRCA.

Per ragioni di urgenza e opportunità, come consentito al punto 1, lettera c) dell'Ordinanza n. 29, in un primo momento si era valutato di provvedere alla realizzazione dei necessari lavori tramite strutture tecnicomanutentive già operanti a favore delle strutture di propria competenza sulla base di contratti già stipulati e in vigore e tale intenzione era stata comunicata al referente regionale P.F. Edilizia Sanitaria ed Ospedaliera della Regione Marche con nota e-mail del 22/10/2020.

Il rapido evolversi delle condizioni epidemiche ha impedito l'accesso ai reparti interessati e l'esecuzione immediata degli interventi previsti. Ciò ha comportato, nell'interesse dell'Azienda a garanzia di maggior qualità del risultato finale, la scelta di avvalersi degli operatori economici individuati dalla procedura centralizzata per lotti, a partire dai sub-lotti relativi ai servizi tecnico professionali resi disponibili a partire dal 04/11/2020 (nota prot. n. 38095 del Commissario Straordinario).

Gli Ordini di Attivazione sono stati inviati nei termini previsti dall'accordo quadro, in data 24/11/2020, con conseguente stipula dei contratti in data 10/12/2020 a seguito della produzione delle documentazioni richieste. INRCA ha fornito ai professionisti incaricati tutta la documentazione tecnica relativa agli interventi in proprio possesso. Il formale avvio dei servizi è avvenuto in data 04/01/2021, data concordata con i professionisti aggiudicatari. Sono in corso approfondimenti tecnici per la stesura delle progettazioni. I termini contrattuali per la consegna dei progetti consistono in 30 giorni per i pl sub-intensiva di Ancona e in 45 giorni per il PS di Osimo.

A conclusione della fase di progettazione, per quanto riguarda i lavori di sub-intensiva di Ancona, una condizione necessaria per il rispetto delle tempistiche previste continua ad essere la possibilità di accesso ai reparti, che dovranno essere preventivamente liberati da pazienti. Ciò richiederà l'attivazione di strutture di emergenza se permarranno le attuali condizioni di emergenza.

Relativamente all'acquisizione delle attrezzature dispositivi medici per l'allestimento n. 10 pl terapia semintensiva, ordini e consegne sono state in parte eseguiti ed in parte sono in corso, sulla base dei seguenti atti:

- Determina n. 435/DGEN del 11.11.2020 "Autorizzazione alla spesa per l'acquisto di attrezzature per l'implementazione di n. 10 posti letto in terapia semi-intensiva ai sensi della DGRM n. 751 del 16/06/2020, necessarie a fronteggiare l'emergenza COVID-19 P.O.R. di Ancona";
- † prot. n. 40714/2020-H del 24.11.2020 "verbale di aggiudicazione per l'acquisto di n. 10 letti per terapia semintensiva";
- † Determina n. 447/DGEN del 24.11.2020 "Presa d'atto e autorizzazione delle spese sostenute per le acquisizioni di beni e servizi necessari a fronteggiare l'emergenza Covid-19";
- Determina n. 72/DGEN del 16.12.2020 "Autorizzazione alla procedura negoziata per l'acquisto di attrezzature per l'implementazione di n. 10 posti letto in terapia semi-intensiva ai sensi della DGRM n. 751 del 16/06/2020, necessarie a fronteggiare l'emergenza COVID-19 P.O.R. di Ancona;
- Determina n. 77/BESE del 30.12.2020 "Aggiudicazione procedura negoziata per la fornitura di attrezzature sanitarie, arredi e dispositivi medici per l'allestimento di 10 PL di terapia semintensiva come previsto nella DGR Marche n. 751/2020".

Ambito processi interni di supporto

Nel corso del 2020 e nel triennio successivo l'azione della Direzione era volta da una parte al consolidamento del percorso di deleghe verso i livelli dirigenziali attraverso i quali si è inteso rafforzare il principio di separazione tra funzioni di programmazione - indirizzo - controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente e dall'altra parte allo sviluppo dei processi di integrazione dei servizi amministrativi, tecnici e logistici a supporto delle aree produttive clinico assistenziali e di ricerca, ancor di più in considerazione dei nuovi scenari di riferimento (Osimo e Merate). Era in questa logica che si volevano incentrare gli obiettivi specifici 2020 nelle seguenti aree di riferimento:

AZIONE E INTERVENTI DELLA DIMENSIONE AREA DI SUPPORTO

Operazioni di ri-conferimento di tutti gli incarichi gestionali del ruolo amministrativo e tecnico da operare a seguito dell'approvazione del nuovo Regolamento di Organizzazione;

Rispetto dei tempi di realizzazione e attuazione delle attività di programmazione con coinvolgimento di tutti i dirigenti con incarichi di gestione sia di ambito sanitario che di supporto tecnico e amministrativo.

Miglioramento dei percorsi amministrativi nell'ambito del supporto all'attività di ricerca al fine di garantire un corretto supporto istruttorio a tutti gli atti di cui viene richiesta la sottoscrizione da parte del rappresentante legale dell'Istituto;

Revisione dei regolamenti di Istituto da aggiornare in base all'evoluzione della normativa vigente;

Applicazioni dei contratti di lavoro vigenti con particolare riferimento al Ccnl della Dirigenza Sanitaria e del personale della Ricerca di recente sottoscritti. Lo stesso presidio viene garantito sui Ccnl in corso di definizione (Dirigenza Pta);

Conclusione delle operazioni di verifica professionale del personale dirigente

Riorganizzazione delle attività di competenza delle Direzioni Amministrative di Presidio finalizzate al decentramento, a livello di dipartimento e via web, delle operazioni di accettazione e pagamento delle prestazioni sanitarie. Ciò tramite utilizzo di maggiore tecnologia e quindi con il coinvolgimento oltre che della parte gestionale anche della competenza informatica;

Valorizzazione e gestione maggiormente efficiente del patrimonio immobiliare. Attuazione della strategia di dismissione, progettazione strategie alternative a quelle attualmente in atto se inefficaci.

Mappatura dello stato giuridico di utilizzo delle attuali proprietà al fine di salvaguardare l'ente da rischi quali usucapioni e/o danni patrimoniali di qualsivoglia tipologia.

Per il patrimonio mobiliare messa a regime dell'intervento per il miglioramento della gestione.

Politiche di efficientamento del patrimonio immobiliare per manutenzioni e imposte locali

Formazione del personale focalizzata sui ruoli connessi all'esecuzione del contratto al fine di un ritorno informativo per la successiva progettazione;

Riorganizzazione dei magazzini economali e farmaceutici rispetto alle criticità evidenziatesi nel 2018 e 2019 a seguito dei rilievi effettuati dalle autorità e organi competenti

Prosecuzione nell'implementazione dell'utilizzo del software gestionale ai fini della totale automazione degli ordini di magazzino fino alla fase della liquidazione della fattura;

Rispetto delle tempistiche contrattuali e delle modalità di redazione e gestione dei contratti attraverso l'individuazione del soggetto responsabile nell'ambito delle convenzioni con altre amministrazioni pubbliche

Anche in questo ambito l'emergenza pandemica ha completamente stravolto le attività ipotizzate tanto che, sinteticamente, nelle 2 fasi l'attività dell'area di supporto può essere rappresentata dalla tabella seguente:

Periodo di riferimento	Descrizione sintetica attività/ intervento
	Predisposizioine e messa a disposizione di tablet per la comunicazione tra pazienti ricoverati e famiglie
Prima Fase	Analisi strumenti utilizzabili per supporto da remoto ai pazienti ambulatoriali in riabilitazione
	Collaborazione all'attivazione del teleconsulto per pazienti ocn piede diabetico.
	Analisi possibilità tecnica firma consenso digitale per attivazione drive through per esterni
Seconda Fase	Valutazione di strumenti per il monitoraggio di pazienti a domicilio
	Istruttoria e valutazione Studi ed emendamenti sul tema COVID-19, anche in regime di urgenza. Istruttoria, valutazione in urgenza di uso
Prima Fase	compassionevole farmaco Remdesevir per paziente COVID-19 e invio documentazione all'AIFA.
Seconda Fase	Istruttoria e valutazione Studi ed emendamenti sul tema COVID-19.
	Monitoraggio e follow up dei progetti interni ed esterni in corso
Prima Fase	Supporto allo sviluppo di attività progettuali per la partecipazioni a bandi e ad iniziative diverse (eg. eventi, attività della Rete IRCCS Aging).
	Supporto alla attivazione dello studio d'Istituto Reportage-COVID-19 e alla implementazione del database
	Monitoraggio e follow up dei progetti interni ed esterni in corso
	Supporto allo sviluppo di attività progettuali per la partecipazioni a bandi e ad iniziative diverse (eg. eventi, attività della Rete IRCCS Aging).
Seconda Fase	Organizzazione e logistica della diagnostica molecolare COVID-19 presso l'area ricerca. Supporto alla direzione nella gestione della attività
	clinica e biomedica sul tema COVID-19, tra cui l'attivazione del Camper tamponi. Supporto alla implementazione del database dello studio di
Prima Fase	Attuazione e realizzazione rapporto sulle misure poste in essere in attuazione della Direttiva PCM n. 2/2020
Seconda Fase	Realizzazione e attuazione del Protocollo per la prevenzione e sicurezza dei lavoratori nelle strutture INRCA Covid-19.
Prima Fase	Redutamenti speciali Covid attraverso : utilizzo graduatoria esistente, avvio bandi aziendali, manifestazioni di interesse,
Seconda Fase	Redutamenti speciali Covid attraverso : utilizzo graduatoria esistente, avvio bandi aziendali, manifestazioni di interesse,
	Attuazione alla DGRM 633/2020 in materia di accordi integrativi e premialità attraverso: incontri sindacali, sottoscrizione accordi, pagamento
Prima Fase	indennità di disagio e pagamento premialità.
	Attuazione alla DGRM 1522/2020 in materia di accordi integrativi e premialità attraverso: incontri sindacali, sottoscrizione accordi, pagamento
Seconda Fase	indennità di disagio e pagamento premialità.
	Applicazione degli istituti contrattuali relativi alle prestazioni aggiuntive richieste al personale per assistenza covid attrvaerso: raccolta esgenze,
Prima Fase	proposta atto di approvazione, raccolta rendicontazioni, verifica dati a cartellino, liquidazione compensi
	Applicazione degli istituti contrattuali relativi alle prestazioni aggiuntive richieste al personale per assistenza covid attrvaerso: raccolta esgenze,
Seconda Fase	proposta atto di approvazione, raccolta rendicontazioni, verifica dati a cartellino, liquidazione compensi
	Realizzazione - impianti di estrazione aria in depressione - interventi su impianti elettrici (quadri prese testaletto, UPS, alimentazione nuovi
	impianti, ecc.) e speciali (TVCC, porte automatiche, rete dati, ecc.) - dotazione nuovi infissi interni e modifica esistenti
Prima Fase	- realizzazione di pavimenti e rivestimenti in PVC - ampliamento impianto gas medicali - prefabbricato per rilevazione temperatura - container
	spogliatoi - macchine per pressione negativa - termo scanner
	Realizzazione - integrazioni al sistema accessi - realizzazione di pavimenti e rivestimenti in PVC - dotazione nuovi infissi interni e modifica
Seconda Fase	esistenti - installazione impianti aspirazione - installazione macchine per pressione negativa - condizionatori - pannelli separatori - porte
	Attivazione di procedure straordinarie per l'acquisizione di: - attrezzature sanitarie; - attrezzature non sanitarie; - arredi sanitari vari; - reagenti
Prima Fase	e diagnostici; - DPI e DM; - nuovi servizi. Implementazione dei servizi appaltati.
	Attivazione di procedure straordinarie per l'acquisizione di: - attrezzature sanitarie e arredi per l'allestimento di 10 pl di terapia semi-intensiva;
Seconda Fase	attrezzature non sanitarie; - arredi sanitari vari per Presidio di Fermo; - reagenti e diagnostici; - analizzatori di laboratorio - DPI e DM; - nuovi
	Analisi, sviluppo e attivazione dell'applicazione web di "Teleconsulto dermatologico" per Por Ancona e Por Fermo ccessibile dal sito web
Prima Fase	dell'Irstituto
	Analisi, sviluppo, e attivazione dell'applicazione web di "Teleconsulto per Piede diabetico" per Por Ancona accessibile dal sito web dell'Irstituto
Seconda Fase	Aggiornamento portale WEB :aggiunte nuove pagine dedicate ai percorso COVID per tamponi (progetto CAMPER)
B : E	Accetazioni Donazioni
Prima Fase	Realizzazione di Convenzioni per acquisizione servizi necessari all'emergenza Covid
	Accetazioni Donazioni
Seconda Fase	Realizzazione di Convenzioni per acquisizione servizi necessari all'emergenza Covid
Seconda Fase	Riprogrammazione agende cup fino al 31/12/2020 con attività di recall
	Aggiornamento quotidiano su eventi, informazioni, infografiche relative ad attività e utenti Covid
Prima Fase	Realizzazione booklet "Accendiamo un Sole". 200 disegni realizzati da bambini e ragazzi di tutta Italia, consegnati al personale Covid INRCA di
	Ancona.
	Organizzazione e gestione attività numero verde per INRCA
Seconda Fase	Predisposizione di tutta la cartellonistica Covid per utenti e per operatori INRCA
_	Drive through - tampone in auto nelle varie zone della città - social, media, dissemination
Prima Fase	Produzione reportistica giornaliera su occupazione posti letto Covid in 3 momenti della giornata
Seconda Fase	Rendicontazione delle spese in emergenza Covid secondo le diverse modalità richieste
	Apertura di una contabilità speciale
Prima Fase	Apertura di un conto corrente dedicato per donazioni a favore dell'emergenza sanitaria
	The second secon

6 I risultati raggiunti nella performance organizzativa

Il piano delle performance 2020 articolato come sopra ha poi trovato declinazione nell'ambito delle schede di budget dei diversi Centri di Responsabilità che è stato oggetto della DGEN 438/2020. Il raggiungimento delle performance previste nel piano 2020 è riscontrabile attraverso il livello di raggiungimento degli obiettivi come da processo di valutazione realizzato nel corso del 2020 e conclusosi con il percorso dell'Organismo Indipendente di Valutazione, ai cui verbali si rimanda. Si rimanda inoltre al paragrafo precedente "I risultati raggiunti a livello complessivo" nel quale sono stati indicati molti dei risultati raggiunti a livello di Istituto. Va osservato che in considerazione dell'emergenza pandemica che ha stravolto le attività e i suoi riferimenti anche gestionali si è deciso di non assegnare per il 2020 alcun obiettivo economico (normalmente riguardante il valore della produzione erogata e il consumo dei materiali sanitari).

Senza scendere nelle singole articolazioni di budget, che si vedranno nelle schede in coda allegate (ALLEGATO 1), si può segnalare, in via generale, che le principali performance 2020 per l'Istituto si sono caratterizzate:

- Nella eroica risposta all'emergenza pandemica da parte dell'Istituto che ha visto la necessità per lo stesso di ripensare completamente i suoi modelli organizzativi consentendogli di fornire assistenza adeguata sia nella prima ondata che nella cosiddetta seconda ondata;
- nel positivo mantenimento dell'area ricerca soprattutto nella logica della capacità competitiva dell'Istituto sia con l'ottenimento di ricerche finalizzate che una sostanziale stabilità nei punti di IFN ottenuti;
- nel gettare le basi per un rafforzamento del posizionamento dell'istituto nei diversi panorami regionali di riferimento e anche in ambito di comunicazione con la realizzazione delle attività propedeutiche all'allestimento del nuovo sito internet;
- nel rafforzamento della vocazione geriatrica dell'Istituto anche attraverso l'introduzione di percorsi infermieristici specificatamente riguardanti la prevenzione in ambito di malattie infettive;
- nel rafforzamento della vocazione innovativa dell'Istituto attraverso la prosecuzione del percorso di attuazione dell'informatizzazione della parte clinico assistenziale e infermieristico;
- nel consolidamento della qualificazione aziendale attraverso il positivo superamento del percorso di certificazione aziendale per i Presidi di Osimo e Cosenza;

Sinteticamente su 67 Centri di Responsabilità con schede di Budget negoziate nel 2020 riguardanti l'area Dirigenza:

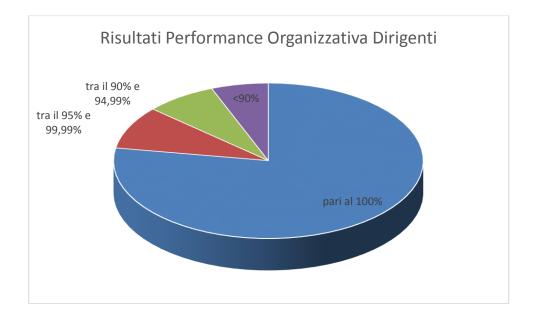
- 52 CdR hanno raggiunto il 100% degli obiettivi assegnati
- 15 CdR non hanno raggiunto il 100% degli obiettivi assegnati.

Dei 14 CdR che non hanno raggiunto gli obiettivi:

- 4 CdR hanno avuto una percentuale di raggiungimento degli obiettivi inferiore al 90%
- 5 CdR hanno avuto una percentuale di raggiungimento degli obiettivi tra il 90% e l'95%
- 6 CdR hanno avuto una percentuale di raggiungimento degli obiettivi tra l'95% e il 99%

Su 64 Centri di Responsabilità con schede di budget negoziate nel 2020 riguardanti l'area Comparto tutto gli obiettivi sono stati raggiunti.

Sempre in ambito di performance organizzativa rientrano ulteriori progettualità, e cioè quelle relative alle Risorse Aggiuntive Regionali (quest'ultime esclusivamente per la Regione Lombardia in quanto finanziate specificatamente dalla stessa) e quelle relative ai progetti direzionali aziendali. Entrambe si caratterizzano per essere progettualità che interessano in maniera trasversale personale del comparto e della dirigenza di diverse unità operative e anch'esse sono state pienamente assorbite dalla dinamica Covid che tutto ha pervaso.



7 I risultati raggiunti nella performance individuale

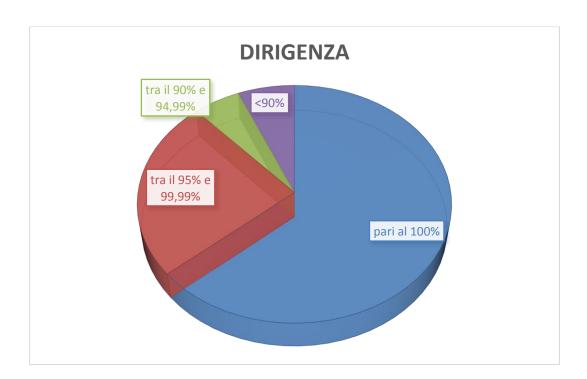
La valutazione del personale è un importante strumento a supporto dell'Istituto, volto alla valorizzazione del personale dipendente, oltre che di analisi e verifica delle performance. Essa è stata introdotta dall'Istituto sin dal 2009 con una doppia valenza, sia a sostegno dei processi di miglioramento dell'Istituto che dei singoli individui. Infatti, dal punto di vista dell'Istituto, questo processo è orientato al miglioramento delle prestazioni nei confronti dei clienti esterni ed interni, mentre a livello individuale permette di stimolare lo specifico apporto del singolo e le sue competenze professionali, oltre che incoraggiare e valorizzare i comportamenti individuali. Infine va ricordato che la scheda di valutazione individuale del personale è parte integrante del sistema premiante.

Presupposto dell'attività di valutazione è l'assunto che le risorse umane rappresentano il patrimonio strategico dell'Istituto e come tali debbano essere adeguatamente valorizzate. La verifica dei risultati ottenuti costituisce, inoltre, un ritorno significativo per il dipendente sul livello quali - quantitativo dell'attività svolta, in modo da poter soddisfare meglio le aspettative future.

Le tabelle seguenti evidenziano i risultati raggiunti nel corso del 2020 dalla performance individuale.

Dagli stessi si evince la necessità per l'Istituto di rafforzare la dimensione della valutazione individuale ridando "spinta" alla stessa al fine di ottenere i benefici potenziali sopra descritti, fermo restando che, come in più sedi ripetuto, la differenziazione dei giudizi non rappresenta un fine di un SMVP ma di sicuro ne rappresenta un indicatore della qualità dello stesso. È in questa logica che nel corso del 2021, come già concordato con le organizzazioni sindacali e come già indicato nello SMVP corrente, ci sarà una profonda rivisitazione del contenuto delle schede.

Schede Valutaz	Totale INRCA	
	pari al 100%	169
	tra il 95% e 99,99%	65
DIRIGENZA	tra il 90% e 94,99%	14
	<90%	17
	Numero Totale Schede	265
	pari al 100%	925
	tra il 95% e 99,99%	41
COMPARTO	tra il 90% e 94,99%	10
	<90%	24
	Numero Totale Schede	1000





Schede Valutazione Individuale	e Anno 2020		A STAFF E NISTRATIVA		PRESIDI IARCHE	POR CASATENOVO			POR COSENZA		
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
	pari al 100%	17	89,47%	32	100,00%	3	100,00%	2	100,00%		
	tra il 95% e 99,99%	2	10,53%		0,00%		0,00%		0,00%		
Valutazione Coord. P.O.	tra il 90% e 94,99%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		
	<90%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		
	Numero Totale Schede	19		32		3		2			
	pari al 100%			1	100,00%						
	tra il 95% e 99,99%				0,00%						
Valutazione Direttore Dipartimento	tra il 90% e 94,99%				0,00%						
	<90%				0,00%						
	Numero Totale Schede	0		1		0		0			
	pari al 100%	8	100%	13	76%	3	100%	2	100%		
	tra il 95% e 99,99%		0%	3	18%		0%		0%		
Valutazione Direttore Struttura Complessa	tra il 90% e 94,99%		0%	1	6%		0%		0%		
	<90%		0%		0%		0%		0%		
	Numero Totale Schede	8		17		3		2			
	pari al 100%	7	47%	99	61%	7	88%	7	58%		
	tra il 95% e 99,99%	5	33%	43	26%		0%	4	33%		
Valutazione Dirigente professional	tra il 90% e 94,99%		0%	10	6%		0%		0%		
	<90%	3	20%	11	7%	1	13%	1	8%		
	Numero Totale Schede	15		163		8		12			
	pari al 100%	4	80,00%	13	52,00%	2	66,67%	3	100,00%		
	tra il 95% e 99,99%	1	20,00%	8	32,00%	1	33,33%		0,00%		
Valutazione Dirigente Struttura Semplice	tra il 90% e 94,99%		0,00%	3	12,00%		0,00%		0,00%		
	<90%		0,00%	1	4,00%		0,00%		0,00%		
	Numero Totale Schede	5		25		3		3			
	pari al 100%	108	86,40%	630	92,51%	79	95,18%	54	98,18%		
	tra il 95% e 99,99%	10	8,00%	28	4,11%		0,00%	1	1,82%		
Valutazione Profili A, B, C, D.	tra il 90% e 94,99%	4	3,20%	6	0,88%		0,00%		0,00%		
	<90%	3	2,40%	17	2,50%	4	4,82%		0,00%		
	Numero Totale Schede	125		681		83		55			

8 Risultati in materia di trasparenza amministrativa

Il sistema della trasparenza dell'Istituto è frutto di un percorso condiviso con i dirigenti delle unità operative, che ha portato alla definizione delle regole di funzionamento per assicurare la massima trasparenza dell'Istituto.

L'Istituto ha adottato, con determina del Direttore Generale n. 324 a del 03.10.2013, le procedure necessarie per assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi e nominato i referenti aziendali per la Trasparenza, su proposta del dirigente dell'ufficio competente per la pubblicazione.

La rete dei referenti per la Trasparenza viene aggiornata ogniqualvolta ciò si renda necessario a seguito di modifiche organizzative o riattribuzione di funzioni e competenze e vengono confermati annualmente in modo formale nell'ambito dell'approvazione del Piano per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione (PTPC).

L'attività di monitoraggio è svolta dal Responsabile per la Prevenzione e la Trasparenza (RPCT), con il supporto dei referenti e dei dirigenti delle strutture competenti alla pubblicazione dei dati. Nello specifico l'attività di monitoraggio si è realizzata trimestralmente attraverso l'analisi dell'albero dell'Amministrazione trasparente con verifica dei dati presenti e mancanti. In quest'ultima eventualità si è attivato un percorso di sollecitazione, via mail, ai responsabili della pubblicazione dei documenti mancanti. Successivamente si è proceduto al riscontro di quanto sollecitato al fine di concludere positivamente il percorso.

Con il d.lgs. 33/2013 la trasparenza ha assunto il rango di obiettivo strategico la cui realizzazione è garantita attraverso la declinazione in linee guida e obiettivi operativi nell'ambito del Piano delle Performances (PP) delle misure contenute nel PTPC.

In particolare anche per il 2020, nel PP sono espressamente dichiarati obiettivi strategici in materia di trasparenza che sono stati declinati nei seguenti obiettivi di budget, assegnati alle Unità Operative tecnico-amministrative.

OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO					
Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Pubblicazione sistematica secondo le modalità e nei termini previsti dalla normativa dei documenti inerenti i CIG	Tempestiva pubblicazione dei CIG	100% dei dati pubblicati e aggiornati a partire dal mese di ottobre					
Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Pubblicazione tempi di attesa	Pubblicazione mensile	100% dei dati ex ante pubblicati e aggiornati entro il 30 del mese successivo					
Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Pubblicazione delle relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Pubblicazione tempestiva delle relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	100% dei dati pubblicati e aggiornati					
Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Pubblicazione sistematica secondo le modalità e nei termini previsti dalla normativa dei documenti inerenti le procedure concorsuali		Monitoraggio del 100% dati pubblicati e aggiornati a partire dal 10/10/2020					
Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Pubblicazione dei bilanci preventivi e consuntivi	Pubblicazione entro 30 giorni dalla data di adozione	vedi indicatore					

Nell'ottica del miglioramento generale e della tracciabilità completa dei processi e della diffusione della cultura della trasparenza e prevenzione della corruzione, è in atto un'azione continua di "manutenzione" e aggiornamento del sistema delle regole dell'Istituto del rafforzamento del sistema delle regole; in particolare

nel 2020, con determina n. 262/DGEN/2020 del 22 luglio 2020 è stato approvato il Regolamento in materia di reclutamento a tempo determinato del personale.

Inoltre sono stati assegnati i seguenti obiettivi riconducibili al PTTPC 2020-2022 approvato con determina n.44/DGEN/2020 del 30/01/2020 - Allegato n.4 – Processi rilevanti ai fini della prevenzione della corruzione, valutazione del rischio e definizione delle misure:

U.O.	Obiettivo	Risultato
Amministrazione	Redazione dei regolamenti per	Vedi rendicontazione
Risorse Umane	'assegnazione degli incarichi dirigenziali e	
	dell'orario di lavoro	
Sistemi Informativi	Implementazione del sistema di gestione	Vedi rendicontazione
	di identità digitale e sviluppo dei connettori	
	al sistema di autenticazione aziendale, al	
	istema HR e gestione presenze e sistema	
	\$IS	
Acquisizione Beni e	Rendicontazione acquisizione beni e	Vedi rendicontazione
Servizi	ervizi inerenti la pandemia Covid secondo	
	e modalità richieste dalla Legge, dalle	
	DGRM e da Protezione Civile, ecc	
Acquisizione Beni e	Aggiornamento e Revisione del PAC scorte	Vedi rendicontazione
Servizi	rimanenze a seguito delle modifiche	
	apportate alla procedure di gestione delle	
	itesse.	

9 Pari opportunità, bilancio di genere e percorsi di partecipazione

In recepimento dei principi comunitari in tema di pari opportunità uomo/donna sul lavoro e di contrasto ad ogni forma di discriminazione e mobbing, l'art. 21 della Legge 183 del 4.11.2010, ha previsto la costituzione, all'interno delle Pubbliche Amministrazioni, del Comitato Unico di Garanzia, organismo che assume, unificandole, tutte le funzioni già attribuite ai Comitati Pari Opportunità e ai Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing.

Il Piano Triennale delle Azioni Positive INRCA rinnovato con determina n. 270 Dgen del 28.07.2020, ha proposto obiettivi riconducibili al quadro generale della strategia europea e nazionale in materia di pari opportunità, delineato dalla normativa vigente e dai CCNL. Il raggiungimento di tali obiettivi è correlato ad azioni mirate a garantire condizioni dì lavoro che rispettino la dignità e la libertà delle persone oltre che ad azioni a tutela della maternità e per la sicurezza sul lavoro in gravidanza

La sua attività riguarda l'attuazione all'interno dell'Amministrazione dei principi di parità, pari opportunità, benessere organizzativo e di contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche che possono indurre al fenomeno del mobbing.

Le azioni positive, atte a favorire le politiche volte al benessere organizzativo, alle pari opportunità e contrastare le differenze di genere, sono state condivise con l'Organo di Governo per la loro effettiva realizzazione. Nello specifico le linee di intervento comprendono:

- 1. Promozione delle politiche di conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro, attraverso la riorganizzazione dei processi lavorativi per implementare modelli di lavoro smart (competenze, organizzazioni, dotazioni strumentali, spazi fisici). L'azione è dedicata a capitalizzare l'esperienza di lavoro da remoto fatta durante il lockdown, per innovare la capacità di erogare servizi utili al cittadino e in linea con le sue aspettative, prevedendo di poter utilizzare tale modalità anche nella normalità lavorativa;
- 2. Incentivazione di condizioni di lavoro che rispettino la dignità e la libertà delle lavoratrici e dei lavoratori e nuovo impulso al benessere organizzativo, attraverso la realizzazione di iniziative di formazione/sensibilizzazione/comunicazione; iniziative per promuovere il team building ed il team working
- 3. Rafforzamento del senso di appartenenza, attraverso attività ricreative, in accordo con altre Amministrazioni per CRAL

Le attività effettivamente svolte per analizzare e realizzare gli obiettivi che erano previsti per l'anno suddetto da Piano Triennale Azioni Positive si sono concentrate sulla:

- Diffusione della conoscenza tra i lavoratori delle attività del Comitato Unico di Garanzia dell'INRCA, mediante aggiornamento dell'area Cug presente sull'home page del sito Inrca;
- Accoglienza delle segnalazioni relativamente a forme di mobbing e violenza verbale, da analizzare con la Direzione Strategica, per eventuali interventi legati al benessere degli operatori.
- monitoraggio del benessere organizzativo all'interno dell'Istituto che le attività svolte dal CUG al fine di promuovere all'interno dell'Amministrazione i principi di parità, pari opportunità, benessere organizzativo e di contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche che possono indurre al fenomeno del mobbing e della discriminazione.

La determina relativa al Piano triennale, è consultabile al link https://www.inrca.it/inrca/files/Marzio/Documenti/270%20DGEN%202020%20PDF.pdf

Relativamente all'attività 2020, il Comitato si è riunito due volte in modo formale ed alcune volte in via informale, per fare il punto sull'attività del CUG, sulla laboriosità di questo Comitato e sulla capacità di poter avere una voce rilevante nell'interfaccia con la Direzione Strategica. In particolare, esso si è riunito in data 20.07.2020 per illustrare la bozza del Piano Azioni Positive che è stata poi proposta alla Direzione Strategica, la quale ha approvato Il Piano con determina n. 279/dgen del 28.07.2020. In data 03.08.2020 è stato nominato il nuovo Cug, con Dgen n. 286. In data 3 settembre, si è tenuta la prima riunione del nuovo Cug. In tale ambito, è stata presentata la nuova composizione e le attività di cui esso si occupa. Contestualmente è stato anche presentato il nuovo Piano Triennale Azioni Positive 2020-2022 (PTAP), ormai approvato.

Durante l'arco del periodo che va da giugno a dicembre 2020, un sottogruppo del Cug ha elaborato il report relativo ai dati riferiti all'indagine sul Clima Interno, raccolti alla fine del 2019, in epoca pre-Covid-19, su tutto il personale INRCA. Lo studio è stato fatto in accordo con la Direzione Aziendale che ha supportato tale iniziativa incoraggiando i dipendenti a partecipare. Tale indagine ha permesso di conoscere le opinioni degli operatori su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto tra colleghi e superiori, nonché l'impatto delle azioni organizzative sui processi di lavoro. I risultati del test sono determinanti per valutare il grado di soddisfazione del personale, la condizione necessaria ad incentivare il senso di appartenenza e la produttività. Al contrario, l'insoddisfazione lavorativa può portare a stress psico-fisico con conseguente diminuzione della performance aziendale. L'indagine sul benessere organizzativo consente pertanto alla Direzione aziendale di mettere in atto azioni migliorative ad hoc per risolvere le criticità rilevate, con l'obbiettivo finale di ottimizzare le strategie gestionali creando un clima lavorativo positivo.

In data 01.02.2021 il report è stato presentato alla Direzione Strategica.

A tale indagine hanno risposto 457 lavoratori, con un risultato pari al 36,9% di tutti i dipendenti ed operatori a vario titolo INRCA. Si allega il report relativo al lavoro totale sull'indagine relativa al Benessere Organizzativo.

La parte quinta del questionario, era dedicata proprio a verificare il grado di conoscenza da parte del personale del Comitato Unico di Garanzia INRCA. Riportiamo qui di seguito i risultati relativi al CUG.



A tale indagine hanno risposto 457 lavoratori, pari al 36,9% di tutti i dipendenti ed operatori a vario titolo INRCA. I dati complessivi raccolti tramite i questionari sul benessere organizzativo sono attualmente in corso di elaborazione. È possibile comunque anticipare alcuni dati sulla tipologia dei partecipanti. Dei 457 lavoratori che hanno aderito all'indagine, 307 erano uomini (67.2%) e 150 donne (32.8%). L'età dei lavoratori è descritta nella seguente tabella:

	Età							
	n	%						
fino a 30 anni	35	7.7						
da 31 a 45 anni	166	36.3						
oltre i 45 anni	256	56.0						

La maggior parte aveva almeno un figlio e faceva parte del personale del profilo delle professioni sanitarie:

	F	igli
	n	%
SI	311	68.1
NO	146	32.0

	Profilo professi	onale ricoperto
	n	%
COMPARTO		
Personale Professioni Sanitarie	268	58.6
Personale Amministrativo	48	10.5
Personale Tecnico	42	9.2
Personale Ausiliario	8	1.8
DIRIGENZA		
Dirigenza Medica	43	9.4
Dirigenza Veterinaria	0	
Dirigenza Sanitaria	16	3.5
Dirigenza Amministrativa, Professionale e Tecnica	16	3.5
Altro	16	3.5

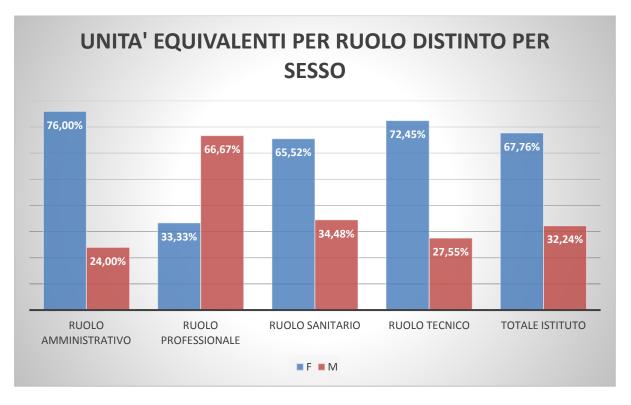
è importante rilevare che la parte quinta del questionario era dedicata proprio a rilevare il grado di conoscenza da parte del personale del Comitato Unico di Garanzia INRCA.

La tabella successiva descrive le risposte date dal personale sul CUG:

					Ritie	ne che				
					nell'orgar	nizzazione ci				
					siano	persone	Ritiene c	he ci siano		
	E' a coi	noscenza	Vorreb	be essere	discrimi	nate sulla	persone discriminate			
	dell'esis	stenza del	maggi	ormente	base del	genere di	sulla base dell'etnia			
	C.L	J.G. ?	infor	mato ?	appart	enenza ?	e/o razza ?			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Si	154	33.7	332	72.6	73	73 16.0		4.6		
No	288	288 63.0 43 9.4		283	61.9	363	79.4			
Non So	0	0.0	67	14.7	86	18.8	58	12.7		
non risponde	15	3.3	15	3.3	15	3.3	15	3.3		

I risultati hanno messo in evidenza che solo il 33,7% del personale era a conoscenza dell'esistenza del CUG all'interno dell'Istituto. Tuttavia il 72.6% si è dimostrato interessato e ha dichiarato di voler essere maggiormente informato sulle sue attività. Pertanto, rilevata la necessità e l'interesse, saranno molto importanti in futuro ulteriori attività informative e formative del personale da parte del CUG.

Relativamente all'occupazione, nell'Inrca prevalgono le dipendenti donne pari al 67,76%, con una proporzione che si mantiene sostanzialmente simile in tutti i ruoli ad esclusione del ruolo professionale che però ha numeri assoluti molto bassi.



UNITA' EQUIVALENTI PER RUOLO	F	М
Ruolo Amministrativo	82,73	26,12
Ruolo Professionale	1,00	2,00
Ruolo Sanitario	532,56	280,26
Ruolo Tecnico	159,27	60,57

Di seguito si dà la rappresentazione degli stessi numeri con un'altra angolatura



Si evidenzia come la proporzione di genere nell'ambito della struttura complessa è sostanzialmente inversa a quella media aziendale vista precedentemente.

UNITA' EQUIVALENTI PER QUALIFICA	F	М
Dirigenti Struttura Complessa	5,79	15,92
Dirigenti Struttura Semplice o altro incarico	125,85	92,44
Comparto	643,92	260,60
Totale Istituto	775,56	368,95

L'Istituto da anni è orientato anche a favorire percorsi di partecipazione dell'utenza alla valutazione delle prestazioni erogate in un'ottica di miglioramento continuo delle stesse. L'emergenza pandemica che ha caratterizzato l'anno 2020, sia nelle fasi acute che in quella di riorganizzazione e di preparazione alle stesse, ha impedito per evidenti motivi qualsiasi possibilità di sviluppo in tale ambito. In questo ambito l'ultima indagine valida di customer satisfaction resta quella del 2019 relativa alle degenze e all'ambulatorio grazie alla quale erano stati somministrati e successivamente raccolti 467 questionari relativi all'area ambulatoriale (con domande riguardanti l'accessibilità e la qualità dei servizi), nei Presidi di Ancona (65% del totale) e Fermo (35% del totale), e 109 questionari relativi all'area degenza del solo POR Ancona (con domande sulle modalità di fruizione e la qualità dei servizi ricevuti).

Da ultimo, sempre in questo ambito di ragionamento, si può considerare l'attività dell'Urp di gestione dei reclami che è continuata nel 2020 ma che anche in questo caso ne è stata fortemente condizionata dall'emergenza pandemica che ha inevitabilmente ridotto l'attenzione in questo ambito. Il positivo dimezzamento dei reclami ricevuti nel 2020 rispetto al 2019 rappresenta un punto di partenza positivo per l'Istituto fermo restando il pesante condizionamento derivante dall'emergenza pandemica.

10 Il processo di redazione della Relazione sulla performance

La relazione sulla performance viene realizzata a conclusione del percorso di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi delle diverse uu.oo. da parte dell'OIV. In questo modo la relazione, realizzata dall'UO Controllo di Gestione, prende in considerazione sia il grado di raggiungimento degli obiettivi di Istituto che il grado di raggiungimento degli obiettivi declinati con il percorso di budget nelle diverse articolazioni aziendali.

Il punto di debolezza più evidente della gestione della performance appare invece costituito dal ritardo temporale con cui vengono assegnati gli obiettivi alle diverse uu.oo. che impediscono sicuramente una migliore performance aziendale o comunque una più compiuta messa in campo delle azioni necessarie al miglioramento della performance. Peraltro nel 2020 tale situazione è stata sostanzialmente inevitabile in considerazione dell'emergenza pandemica, come peraltro la stessa Regione Marche ha attuato verso le sue aziende.

Sull'argomento si rimanda infine agli allegati 2 e 3 debitamente compilati.

11 ALLEGATO N. 1 – Risultati per UU.OO.

'R0104000 - SOSD UFFICIO AFFARI GENERALI			: Dr.ssa Tonucci mento: dr.ssa Nardi			BUDG	ET 2020								SISTEMA PREMIANT	ΤE	
SETTORE	PROGR	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUN TIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMEN TO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIME NTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUN TIVE	VALENZ A BIENNA LE	NOTE	NOTE CONTROLLO D GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario																	
Processi interni (in termini quantit	ativi, di	efficienza, appropriatezza e qua Prevenzione Corruzione e Tras parenza	Pubblicazione delle relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Pubblicazione tempestiva delle relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile					10,71%	20%	6				Con nota prot. n. 39270 del 10/11/2020 è stato trasmesso lo screenshot della pagina WEB "Amministrazione tras parente - Organi di revisione amministrativa e contabile" aggiornata con i documenti di cui l'Ufficio è venuto a conoscenza. Nel 2020 non sono pervenuti altri documenti da pubblicare.	0	Obiettivo raggiunto
	2	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				10,71%						Come inidcato nella mail del 16/2/21 il Controllo di Gestione provvederà alla rendicontazione attraverso la relazione della dr.ssa Tregambe	Si conferma il raggiungiment o dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	3	Convenzioni sanitarie con enti SSR/SSN	Ricognizione e programmazione delle convenzioni sanitarie	Redazione di un documento di ricognizione e programmazione del piano delle convenzioni sanitarie in corso di vigenza con indicazione: della data di scadenza, del responsabile delle procedure inerenti l'attuazione /gestione della convenzione, dell'impegno di spesa.	Presentazione entro il 31/10/2020 per l'assunzione dell'atto da parte della Direzione entro il 30/11/2020				10,71%						Con nota prot. n. 36785 del 27/10/2020 è stato tras messo il documento di ricognizione e programmazione del piano delle convenzioni sanitarie in corso di vigenza con indicazione: della data di scadenza, del responsabile delle procedure inerenti l'attuazione /gestione della convenzione, dell'impegno di spesa, redatto alla data del 26/10/2020. Con nota prot. n. 40247 del 16/11/2020 è stata inviata la bozza di determina e il relativo allegato per l'assunzione dell'atto da parte della Direzione entro il 30/11/2020.	Si conferma il raggiungiment o dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	4	Open act	Messa a punto delle azioni necessarie all'acquisizione del sistema	Avvio del nuovo sistema	A partire dal 07/01/2021				10,71%	20%	6			documentazione pervenuta in data 11/12/2020	(Obiettivo rivisitato con nota prot. n. 258/21-DG del 21/01/2021) - Con nota prot, n. 582 del 07-01.2021 è stata acquisita agli atti la comunicazione via mail della Regione Marche con cui è stato comunicato l'avvio del sistema Open Act dal 04.01.2021.	Si conferma il raggiungiment o dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	5	Comitato di partecipazione	supporto riunioni del Comitato di partecipazione	stesura verbali riunioni	Trasmissione dei verbali alla direzione entro 10 gg dall'incontro				5,71%	30%	6				con nota prot. n. 41724 del 25.11.2020 e tatta rinviata alla Direzione Amministrativa le trasmissioni dei verbaii del Comitato di partecipazione per le sedute tenute dal 15/01/2020 al 07/10/2020. Con nota prot. n. 46510 del 29.12.2020 e stato trasmesso alla Direzione Amministrativa l'avvenuto invivo alla Direzione e ai membri del Comitato, con mail del 27/11/2020, del verbale della seduta n. 7 del 23/11/2020.		Obiettivo raggiunto
	6	Area IRCSS	Programmazione delle attività amministrative per il rispetto del Gant di progetto	Partecipazione agli incontri di start-up di progetto	Verbali degli incontri				10,71%	10%	6				31/12/2020 sono stati tramesso i verbali redatti dall'UO Controllo di	raggiunto si comerma n raggiungiment o	Obiettivo raggiunto
December dell'	7	Regolamento smart working	Predisposizione regolamento	Regolamento da presentare alla Direzione	entro 30/11/2020				20,74%						Con nota prot. n. 42656 del 30/11/2020 è stato trasmesso il Regolamento per la disciplina del lavoro Agile (smart working).	Si conferma il raggiungiment o dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakehol	uei																
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individ	uale processi produttivi, relazionali e or	ganizzativi					20%	20%	6						

BUDGET 2020

% LIVELLO DI

RAGGIUNGIMENTO

OBIETTIVI IN TERMINI

EFFETTIVI

% LIVELLO DI

DEL SISTEMA PREMIANTE

RAGGIUNGIMENTO AI FINI PESO DIRIGENZA

SISTEMA PREMIANTE

VALUTAZIONE CdR

VALUTAZIONE 1°

VALUTAZIONE 2°

NOTE CONTROLLO

PESO COMPARTO

organizzativi

'R0105100 - UOC

LOGISTICA ATL

ACQUISIZIONE BENI SERVIZI

SETTORE

Responsabile : Dr.ssa Nardi

Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi

AZIONI

INDICATORE

VALORE OBIETTIVO

OBIETTIVO

'R0105200 - SOC AMMINISTRAZIONE RISORSE UMANE ATL			onsabile : Dr.ssa Palermi e Dipartimento: dr.ssa Nardi				BUDGET 2020					SISTEMA	PREMIANTE	
SETTORE	PROGR	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario														
Processi interni (in termini quantitativ	vi, di effi	i, di efficienza, appropriatezza e qualità)												
	1	Prevenzione corruzione e tras parenza	Pubblicazione sistematica secondo le modalità e nei termini previsti dalla normativa dei documenti inerenti le procedure concorsuali	Tempestica pubblicazione dei documenti inerenti le procedure concorsuali	Monitoraggio del 100% dati pubblicati e aggiornati a partire dal 10/10/2020				15,83%	15%	documentazione pervenuta in data 13/01/2021	l'ufficio ha eseguito la pubblicazione dovuta con riferimento alle procedure di reclutamento con tempestività	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	2	Area IRCSS		Partecipazione agli incontri di start-up di progetto	Verbali degli incontri				15,83%	15%	;	l'ufficio ha partecipato a una delle due riunioni previste per impegni straordinari e imrpevedibili avuto con la direzione generale	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	3	Predisposizione vademecum relazioni sindacali per area dirigenza sanitaria	Protocollo per le relazioni sindacali per la dirigenza sanitaria	Sottoscrizione protocollo	entro il 31/10/2020				20,83%	20%	documentazione pervenuta in data 23/12/2020	l'ufficio ha predisposto il documento è in data 6/7/2020 le delegazioni trattanti lo hanno sottoscritto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	4	le Commissioni incaricate della valutazione dei candidati nelle varie	Realizzazione di un opuscolo informativo che illustri in modo chiaro e sintettico le modalità di svolgimento delle varie procedure di reclustamento del personale in particolare sugli adempimento ciu sono tetuelle e relative Commissione giudicatrici in ogni specifica fase	integrata con fac-simili di verbale per le diverse tipologie di	entro il 30/11/2020				10,83%			l'ufficio ha predisposto la guida informatica per le commissioni incaricate per le valutazioni con relativi fac simili div erbali e ha provveduto a caricarle sulla intranet al fine della piena condivisione	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	5	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,85%	10%	,		Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	6	Attuazione contratti integrativi nuovo CCNL Dirigenza sanitaria	Redazione dei regolamenti per l'assegnazione degli incarichi dirigenziali e dell'orario di lavoro	Trasmissione alle sigle sindacali e calendarizzazione degli incontri per la discussione	Trasmissione entro il 30/09/2020 Fissazione almeno 4 incontri per la discussione entro il 31/12/2020				10,83%	20%	documentazione pervenuta in data 30/12/2020	l'ufficio ha predisposto i due regolamenti a declinazione del CCNL e li ha proposti continuttà alle OOSS di riferimento per 4 volte consecutivamente.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder														
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione indiv	iduale processi produttivi, relazionali e organizzativi	•			_		20%	20%				

'R0105300 - SOSD AMMINISTRAZIONE E FINANZA ATL			ile : Dr.ssa Pacenti rtimento: dr.ssa Nardi				BUDG	EET 2020						SISTEMA PREMIANTE				
SETTORE	PROGR	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario																		
Processi interni (in termini	quantita	ivi, di efficienza, appropriatezza e	qualità)															
	1	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				11%	6 109	6				come da mail del 16/02/2021 provvede il COGEST.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto	
	2	Prevenzione e Corruzione	Pubblicazione dei bilanci preventivi e consuntivi	Pubblicazione entro 30 giorni dalla data di adozione	vedi indicatore				21%	6 109	6				obiettivo raggiunto: I bilanci preventivi e consuntivi sono stati regolarmente pubblicati come da normativa	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto	
	3	Esatta individuazione delle fonti di finanziamento relative agli investimenti	Analisi commesse relative ai Iavori	Chiusura contabile delle commesse non più attive					219	109	6		In collaborazione con l'UO Gestione Lavori		oblettivo raggiunto: in data 02/11/2020 è stato inviato all'Ufficio Gestione Lavori il file contenente l'analisi delle commesse rediative alle commesse del lavori ututi i dati di dettaglio (vedi alleg. obiettivo 3 n. 1). 'Ufficio Gestione Lavori ci ha risposto in data 30/11/2020 (vedi alleg. obiettivo 3 n. 2). In sede chi di ci di dettaglio (vedi alleg. obiettivo 3 n. 2). In sede chi di ci di destaglio (vedi alleg. obiettivo 3 n. 2). In sede chi di ci di ci di ci	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto	
	4	Piattaforma Mef	Corretto popolamento con inserimento tempestivo dei gg di sospensione per fatture non liquidabili	Inserimento dati piattaforma con cadenza mensile	Aggiornamento dati relativi all'anno 2020 entro il 31/12/2020				6%	s 20%	6				obiettivo raggiunto (vedi allegati obiettivo_4) II file xis contiene l'elenco delle fatture che andavano si stemate, mentre i files punto zip. contengono le foto delle operazioni fatte sulla piattaforma Mef.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto	
	5	Monitoraggio dei crediti e debiti d'Istituto	Attivazione delle iniziative volte a impedire la prescrizione dei crediti e la permanenza delle posizioni debitorie prescritte	Monitoraggio periodico	Relazione secondo semestre alla Direzione sullo stato dell'arte dei crediti				11%	á 159	6			documentazione pervenuta in data 28/12/2020	obiettivo raggiunto come da documentazione già trasmessa al Cogest	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto	
Description dell's de	6	Azioni successive alla rilevazione di posizione creditorie	Predisposizione per la Direzione per invio al collegio sindacale delle note di messa in mora	predisposizione per la Direzione delle note	Entro il 31/12/2020				11%	6 159	6				obiettivo raggiunto come da documentazione già trasmessa al Cogest (vedi allegato obiettivo _6)	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e s	sukenoldi	er .				 				 	1			 		1		
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individua	le processi produttivi, relazionali e org	ganizzativi	1				20%	6 209	6							

R0105400 - SOC ATTIVITA' TECNICHE NUOVE OPERE PATRIMONIO ATL			bile : Ing. Madeo timento: dr.ssa Nardi			BUDGET 2020)					SISTEMA PREMIAN	ITE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario Processi interni (in termini q	uantitativi. i	di efficienza, annronriatezza	r e qualità)											
		Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				16%	10%		Con e-mail del 11/11/2020 è stato inviato alla referente aziendale per l'aggiornamento della pagina web dell'istituto, la dottssa Laura Cassetta, un file contenente le informazioni richieste	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	2	Adeguamento Ospedale Casatenovo	Lavori di adeguamento per apertura 18 posti letto POR Casatenovo	Esecuzione lavori per adeguamento Covid	entro II 31/12/2020				16%	. 10%		Con determina n. 1/GESIA del 01/02/2021 si è preso atto dello Stato Finale per i lavori eseguiti a tutto il 16/10/2020, si è approvato il Certificato di Regolare Escuzione (CRE) ed autorizzata la liquidazione di quanto ancora dovuto all'impresa appaltatrice	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	3	Lavori per emergenza Covid	Lavori di adeguamento ai sensi della DGRM 751/2020	Esecuzioni dei lavori previsti	entro il 31/12/2020				16%	. 20%		GII Ordini di Attivazione sono stati inviati nei termini previsti dall'accordo quadro, in data 24/11/2020, con conseguente stipula dei contratti in data 10/12/2020. Il formale avivo dei servizi è avvenuto in data 04/01/2021, data concordata con i professionisti aggiudicatari. Le tempistiche sono indipendenti da questo Servizio in quanto dettate dall'Ordinanza del Commissario Straordinario	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	4	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Pubblicazione sistematica secondo le modalità e nei termini previsti dalla normativa dei documenti incerni i Gi G secondo le indicazioni aziendali	Tempestivo inserimento del CIG nel sistema Navision	Inserimento dei CIG nel sistema Navision al massimo entro 30 gg dalla fine del trimestre				16%	20%		Dall'analisi dei dati estrapolati dal sistema di contabilità aziendale emerge che nel trimestre di riferimento (ott-dic 2020), l'inserimento dei CIG è avvento nei termini previsti.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	5	Rendicontazione lavori Covid	Rendicontazione lavori inerenti la pandemia Covid secondo le modalità richieste dalla Legge, dalle DGRM e da Protezione Civile, ecc	Invio all'UO Controllo di Gestione dei lavori effettuati per l'emergenza Covid entro i tempi previsti	vedi indicatore				16%	. 20%		Nella prima fase l'Ufficio ha provveduto a fornire al Controllo di Gestione aggiornamenti continui sullo stato di avanzamento degli interventi eseguiti in emergenza. Inoltre è stata inviata alla dott.ssa Stefania Ambrosini della Regione Marche una prima rendicontazione dei lavori riferiti all' emergenza da Covid-19. la rendicontazione dei lavori ri DGR Marche n. 751/2020 è avvenuta e sta proseguendo secondo le modalitàr inchieste, compilando le schede di monitoraggio predisposte dal Ministero e dal Referente della Regione Marche.	Si conferma il raggiungi mento dell' obiettivo	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e sta	akeholder													\vdash
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione ind	I dividuale processi produttivi, relazionali e c	rganizzativi					20%	20%				

'R0105500 - SOSD AREA SISTEMI INFORMATIVI ATL		Responsabile : la Direttore Dipartiment	ng. Arzeni to: dr.ssa Nardi				BUDGET 2020						SISTEMA PREMIAN	TE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO		% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2* ISTANZA
Processi interni (in termini	quantite	ativi, di efficienza, appropriateza	ra e qualità)												
	1	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Pubblicazione dei tempi di attesa	Invio mensile dati ex-post relativi alia Regione Marche	100% dei dati ex post inviati alla DMP entro il 16 del secondo mese successivo A partire dal mese di ottobre				10,59%	10%		documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Si è provveduto all'invio dei dati expost alla DMP entro il 15 dei secondo mese successivo con mail dei 10/12/2002, 10/11/2020	Si conferma i l raggi ungi mento del l'obi etti vo	Obiettivo raggiunto
	2	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Pubblicazione trimestrale progressiva e annuale secondo le modalità e nei termini previsti dalla normativa (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 secondo periodo) della tabella riassuntiva dei dati inerenti i ClG in un formato digitale standard aperto.	Pubblicazione progressiva trimestrale e annuale della tabella riassuntiva (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 secondo capoverso)	Pubblicazione annuale entro il 28 Gennaio 2021 per permettere entro i termini l'invio all'Anac da parte del RTPC Pubblicazione trimestrale progressiva entro 30 gg dalla chiusura del trimestre (a partire dal 31 ottobre 2020)				10,63%	10%		documentazione pervenuta in data 28/01/2021	Si è provveduto alla pubblicazione progressiva trimestrale entro 30 gg dalla chiusura del trimente il 29/10/2020 (vedi allegato "29102020.png") e poi alla pubblicazione annuale entro il 28/1/2021 e precisamente il 22/1/2021 e la ilegato "22012021.png").	Si conferma il raggi ungi mento dell'obi ettivo	Obiettivo raggiunto
	3	Cruscotto Aziendale	Presentazione gruppo di lavoro e proposta progettuale	Presentazione gruppo di lavoro e proposta progettuale	entro il 31/12/2020				10,63%	15%		documentazione pervenuta in data 31/12/2020	Documento trasmesso dal dott. Di Ruscio a nome del gruppo di lavoro alle direzioni con mail del 31/12/2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	4	Open act	Consegna firme digitali per dirigenti e responsabili dei procedimenti	Consegna firme	Entro il 31/12/2020				10,63%	5%		documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Si è provveduto alla consegna firme digitali per dirigenti e responsabili dei procedimenti come da documentazione consegnata il 30/12/2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	5	Migrazione sistema di protocolo Iride alla nuova versione jiRIDE	Predisposizione capitolato di gara per l'acquisizione dello storage e dei server		Presentazione capitolato entro il 31/10/2020				10,63%	15%		documentazione pervenuta in data 30/12/2020	E' stato presisposto il capitolato e inviato il 22/10/2020 come da documentazione consegnata il 30/12/2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	6	Sistema di gestione dell'identità digitale: verifica e controllo della corenza utenza - account	Implementazione del sistema di gestione di identità digitale e sviluppo dei connettori al sistema di autenticazione aziendale, al sistema HR e gestione presenze e sistema SIS	Attivazione del sistema e produzione del report relativo all'anda mento delle incoerenze riscontrate.	Presentazione della reportistica entro il 30/11/2020				5,63%	10%		documentazione pervenuta in data 30/12/2020	E' stato sviluppato e inserito nella intranet aziendale il sistema applicativo il gestione di identità digitale e sono stati sviluppati i connettori al sistema di autenticazione aziendale (active Directory), al sistema HR (Human resource giurudico), gestione presense al sistema Sistema Instema Interpreta e la sistema Sistema i di evalua di contrate tra i diversi sistemi. E' stato inviato com mail del 30/1/1/2001 il documento ("OBT di budget 2020 UO SIA Sistema di gestione dell'identità digitale.msg") nel quale è descritto il sistema e le funzionalità di reportistica del sistema.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	7	Area IRCSS	Programmazione delle attività amministrative per il rispetto del Gant di progetto	Partecipazione agli incontri di start-up di progetto	Verbali degli incontri				10,63%	15%		documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Si è partecipato agli incontri di start- up di progetto come da documentazione consegnata	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	8	Reportage - SIS	Chiusura contratto - CIG 6743398C0F	Chiusura Contratto	entro il 28/02/2021				10,63%				L'obiettivo è stato rimodulato con nota 46127 del 24/12/2020 della Direzione Generale che ha posticipato il valore obiettivo al 28/1/2021. Il contratto, (16 6743398COF, è stato chiuso con collaudo del 22/02/2021 come da nota prot. 7289 del 23/2/2021 inviata al Rup che si riallega.	Si conferma i l raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e s	takehol	der													
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individ	uale processi produttivi, relazio	nali e organizzativi					20%	20%					

'R2602200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO CS		Responsabile : Dr.ssa	Fioravanti				BUDGET 2020						SISTEMA PREN	NANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termini qua	antitativi,	di efficienzo, appropriatezza e qualità/ Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Pubblicazione sistematica secondo le modalità e nei termini previsti dalla	Tempestivo inserimento del CIG nel sistema Navision	Inserimento dei CIG nel sistema Navision al massimo entro 30gg dalla fine del trimestre				10,83%	20%		documentazione pervenuta in data 30/12/2020	l'obiettivo è stato rendicontato con nota prot.n.46699/2020 con la quale è stato inviato il report dei CIG acquisiti nel 2' semestre 2020, in particolare riguardo i CIG acquisiti nel tremestre 01/10/2020 - 31/12/2020, l'inserimento dei CIG in l'inserimento dei CIG in	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
		Miglioramento relazioni interpersonali e front office con utenza esterna	percorso formativo ad hoc	vedi azione	entro 31/12/2020				15,83%				Navision è avvenuto contestualmente all'acquisizione tranne che l'obiettivo è stato rendicontato con nota prot. n. 46462/2020 corredat delle evidenze. Tutti gli operatori front office del	Si conferma il raggiungi mento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	3	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				10,83%	20%		documentazione pervenuta in data 22/12/2020	rresidio di Cosenza hanno l'Obiettivo è stato rendicontato con nota prot.n.45760/2020; le evidenze del contributo DAPO al popolamento e all'aggiornamento dei dati sono disposibili dell'atti	Si conferma il raggiungi mento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	4	Applicazione del criterio del c.d. "bonus malus" di cui al DCA 88/2019	definizione procedura di gestione delle liste di prenotazione con segnalazione delle prenotazioni non andate a buon fine		procedura entro il 31 12 2020 dopo emanazione ulteriori linee guida Regione Calabria				15,83%	20%		documentazione pervenuta in data 22/12/2020	rendicontato con nota prot.n.42675/2020 corredata della procedura di gestione delle mancate disdette per le prestazioni monitorate ai sensi del PNGLA 2019-2021 e del DCA	Si conferma il raggiungi mento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
		Miglioramento dell'efficienza nella gestione amministrativa del Presidio	elaborazione progetto di efficientamento dell'attività della Direzione Amministrativa di Presidio	Redazione progetto con valutazione positiva della Direzione Amministrativa	entro il 31/12/2020				15,83%			documentazione pervenuta in data 18/12/2020	roßlettwo & state rendicontato con nota protn. 45359/2020 con la quale è stato inviato il progetto di efficientament dell'attività della Direzione Amministrativa di Presidio. Il progetto, elaborato	Si conferma il raggiungi mento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	6	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Pubblicazione dei tempi di attesa	Pubblicazione trimestrale	100% dei dati pubblicati e aggiornati entro il 30 delmese successivo a partire da ottobre				10,85%	20%		documentazione pervenuta in data 3/12/2020 e 21/12/2020	icobiettivo è stato rendicontato con nota prot.n.4280/2020 relativamente al mesi di settembre, citobre e novembre e con nota prot.45606/2020 relativamente al mese di dicembre. Come evidenta del raggiungimento dell'obiettivo è stata allegata la stampa del video effettuata al momento	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stake	eholder														
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale pi	rocessi produttivi, relazionali e orga	nizzativi					20%	20%					

'R2902200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO CT		Responsabile : Dr.ssa I	Fioravanti					BUDGET 2020					SISTEMA PREMII	ANTE	
SETTORE	PROGR ·	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termin	i quanti	tativi, di efficienza, appropriatezz	a e qualità)												
	1	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Pubblicazione sistematica secondo le modalità e nei termini previsti dalla normativa dei documenti inerenti i Cle secondo le indicazioni aziendali	Tempestivo inserimento del CIG nel sistema Navision	Inserimento dei CIG nel sistema Navision al massimo entro 30 gg dalla fine del trimestre				10,83%	20%	5	documentazione pervenuta in data 24/12/2020	l'obiettivo è stato rendicontato con nota prot.n.45606/2020. In particolare riguardo i CIG acquisiti nel tremestre 01/10/2020 - 31/12/2020. Il rinserimento dei CIG in Navision è avvenuto lo stesso giorno dell'acquisizione ad ecczione di due casi in cui è avvenuto dopo 15 gg. Pertanto l'obiettivo si considera raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	2	Monitoraggio prenotazioni non andate a buon fine - implementazione DGRL n.1046/2018	definizione con i servizi ambulatoriali di una procedura di monitoraggio delle liste di prenotazione con segnalazione delle prenotazioni non andate a buon fine	realizzazione procedura - vedi azione	realizzazione procedura entro il 31 dicembre 2020				10,83%	20%		documentazione pervenuta in data 22/12/2020	l'obiettivo è stato rendicontato con nota prot.n.45745/2020 con la quale è stata inviata la procedura operativa di monitoraggio dell'applicazione della DGRL n.1046/2018. L'obiettivo si considera raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	3	380/2019 e n.462/2019, come modificate dalla DGRM n.703/2019 come combinato	gestione delle liste di prenotazione con	stesura procedura in collaborazione la DMPO	procedura entro il 31 12 2020				15,83%			documentazione pervenuta in data 22/12/2020	l'obiettivo è stato rendicontato con nota prot.n.42675/2020 con la quale è stata invista la procedura di gestione delle mancate disdette per le prestazioni monitorate ai sensi del PNGLA 2017-2021 e delle DGRL n.7766/2018 e n.1855/2019. L'obiettivo si considera raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	4	Miglioramento dell'efficienza nella gestione amministrativa del Presidio	efficientamento dell'attività della	Redazione progetto con valutazione positiva della Direzione Amministrativa	entro il 31/12/2020				20,83%			documentazione pervenuta in data 18/12/2020	l'obiettivo è stato rendicontato con nota prot. A 539/2020 con la quale è stato inviato il progetto di efficientamento dell'attività della Direzione Amministrativa di Presidio. Il progetto, elaborato tenendo conto della nota prot. n. 4653/2020 del Direttore Amministrativo della corrispondenza mail, in cui è stato precisato l'ambito di intervento, è stato successivamente condiviso con il Diettiore Amministrativo il successivamente condiviso con il Diettiore Amministrativo il prettore della corrispondenza mail, in cui è stato precisato l'ambito di intervento, è stato precisato l'ambito di Diettiore Amministrativo il nuoi prettore della consistenza di prettore	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	5	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				10,83%	20%		documentazione pervenuta in data 22/12/2020	con nota prot.n.45760/2020; le evidenze del contributo DAPO al popolamento e all'aggiornamento dei dati sono disponibili agli atti. L'obiettivo si	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	6	Trasparenza	Pubblicazione dei tempi di attesa		100% dei dati pubblicati e aggiomati entro il 30 del mese successivo a partire dal mese di ottobre 2020				10,85%	20%			Lobiettivo è stato rendicontato con nota prot. n.4280/2020 relativamente ai mesi di settembre, ottobre e novembre e con nota prot. 4560/6/2020 relativamente al mese di dicembre. Come e videnza del raggiungimento dell'obiettivo è stata allegata i a stampa del video effettuata ai momento dell'obiettivo del ottobre. Come dell'inserimento del dati. L'obiettivo si considera raggiunto	Si conferma i l raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e Sviluppo e innovazione	stakeho	naer								 		 	-	-	
dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individua	le processi produttivi, relazi	onali e organizzativi					20%	20%	5				

'R3612200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDI AN FE AP		Responsabile : Dr.ssa Fi Direttore Dipartim					BUDGET 2020						SISTEMA PREM	MIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO		% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termini quantitati	vi, di effic	ienza, appropriatezza e qualità)		Popolamento e									l'obiettivo è stato rendicontato con nota prot.n.45760/2020; le		
	1	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	aggiornamento dei	Entro II 31/12/2020				11%	20%		22/12/2020	evidenze del contributo DAPO al popolamento e all'aggiornamento dei dati sono disponibili agli atti. L'obiettivo si considera raggiunto	Si conferma il raggiungimento degli obiettivi	obiettivo raggiunto
	2	Completa applicazione del criterio del c.d. "bonus malus" contenuto nelle DERM n. 380/2019 en 462/2019, come modificate dalla DGRM n.703/2019	definizione procedura di gestione delle liste di prenotazione con segnalazione delle prenotazioni non andate a buon fine	stesura procedura in collaborazione la DMPO	procedura entro il 30/11/2020				16%			documentazione pervenuta in data 30/11/2020	l'obiettivo è stato rendiconato con nota prot.n.4.2675/2020 con la quale è stata inviata la della procedura di gestione delle mancate disdette per le prestazioni monitorate ai sensi del PROKA 2019-2021 e delle DGRM n. 380/2019 e n. n.627/2019, come modificate dalla DGRM n. 703/2019. L'obiettivo si considera raggiunto	Si conferma il raggiungimento degli obiettivi	obiettivo raggiunto
	3	Miglioramento dell'efficienza nella gestione amministrativa delle prestazioni di laboratorio mediante la registrazione automatica delle impegnative "esenti"	messa a punto e test della procedura di integrazione del sistema di gestione del l'aboratorio analisi con il sistema CUP ticket	n. di prestazioni "esenti" registrate automaticamente	n. di prestazioni "esenti" registrate automaticamente pari ad alimeno il 90% del totale per l'ultimo trimestre 2020				21%	20%			Dall'analisi dei dati inivati dal CUP Regionale risultano nel periodo o1/10/2020-31/12/2020 n. 30.583 prestazioni "esenti" effettuate nella branca "laboratorio Analisi" di cui n.25.187 registrate automaticamente al momento dell'accettazione presso il taboratorio Analisi (LIC, AUTO) e n. 5.396 gestite dagli operatori del gestito dagli operatori del eservizio CUP Ticket	Si conferma il raggiungimento degli obi ettivi	obiettivo raggiunto
	4	Miglioramento relazioni interpersonali e con l'utenza esterna	gestione da parte dell'URP di un percorso formativo a partecipazione obbligatoria	vedi azione	entro 31 dicembre 2020				16%	20%		documentazione pervenuta in data	L'obiettivo è stato rendicontato con nota prot.n.46459/2020 con la quale è stata inviata la relazione finale del corso. In particolare il corso si è svolto in 2 edizioni, sia in presenza che on line, e ha visto la partercipazione	raggiungimento degli	obiettivo raggiunto
	5	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Pubblicazione dei tempi di attesa	Pubblicazione mensile	100% dei dati ex ante pubblicati e aggiornati entro il 30 del mese successivo 100% dei dati ex post pubblicati e aggiornati entro il 30 dei secondo mese successivo Apartire dal mese di ottobre				16%	20%		documentazione pervenuta in data 3/12/2020 e 21/12/2020	L'obiettivo è stato rendicontato con nota prot.n.43280/2020 per la obibblicazione del dati relativi ai mesi di settembre, ottore e novembre e con nota prot.4506/2020 per i dati di dicembre. Entrambe i e note sono corredate delle "stampe a video" d'efettuate ai momento dell'inser imento dei dati e attestanti l'avvenuta pubblicazione.	Si conferma il raggiungimento degli obi ettivi	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	,														
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale proce	ssi produttivi, relazionali e organizza	ativi					20%	20%					

'R2410100 - SOC CENTRO TECNOLOGIE AVANZATE DELL'INVECCHIAMENTO AN		onsabile : Dr. Provinciali Dipartimento: dr. Della Bella				BUDGET 2020						SISTEM	A PREMIANTE	
SETTORE PROGR	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGEN ZA	PESO COMPART O	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA M BIENNALE T	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quantitativi,	di efficienza, approp	Rispondenza di tutte le azioni necessarie	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,85%	40%			Si fa riferimento alla relazione della Direzione Sanitaria	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
2	AreaIRCCS- Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente	vedi indicatore				5,83%				In allegato le schede progetto di ricerca corrente implementate con i risultati ottenuti nel 2020 secondo quanto previsto nei GANTT relativi ai progetti presentati dal personale dell'UO TAI. Allegati 1-5	Si conferma il raggi ungi mento dell'obi ettivo	Obiettivo raggiunto
3	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				10,83%	10%			Si allega documentazione con aggiornamento in italiano ed inglese dei contenuti relativi all'UO Tecnologie Avanzate nell'Invecchiamento, Servizio di Allevamento e Sperimentazione Animale, e Geriatric Mouse Clinic Allegati 6-11	Si conferma i l raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
4	ArealRCCS- Capacità di operare in rete	Partecipazione alle attività della Rete IRCCS Invecchiamento	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione ad almeno 4 riunione e/o meeting				5,83%	. 10%			Il Responsabile del CdR ed il Dr. Maurizio Cardelli hanno partecipato alle attività (riunioni/meeting) della rete il RCCS Invecchiamento, finalizzate alla stesura del progetto di rete Invecchiamento 2020 (SRI), del progetto di rete Covilo 19, del progetto di rete Covilo 19 del progetto di rete Covilo Ministero, e alla rendicontazione del progetti di rete 2018 Roadmap e 2019 IRMA.	Si conferma il raggi ungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder												Sono stati pubblicati		
5	Area scientifica	Invio articoli a riviste con IF	Punteggio I.F.N.	50	79,25	159%	100%	10,83%	10%			20 lavori in riviste scientifiche internazionali con IF. Allegato 16	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
6	Ricerca Corrente	Coordinamento Linee di Ricerca	Partecipazione alla consuntivazione per la Ricerca Corrente anno 2019 e programmazione 2020 - Rete IRCCS invecchia mento	Presentazione reports - Presentazione programmazion e				10,83%	10%			II Responsabile del CdR ha provveduto alla Rendicontazione delle attività relative alla Linea 1 della RC 2019 e la revisione della programmazione per il 2018-2020 relativa alla Linea 1 di ricerca dell'Istituto Allegato 17		Obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valuta:	zione individuale processi produttivi, relazio	onali e organizzativi					20%	20%					

'R3610300 - SOC UROLOGIA AN		Responsabile : Dr. Direttore Dipartimento					BUDGET 2020							SISTEM	A PREMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO AGGIUNT	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini	quantitat	ivi, di efficienza, appropriatezza e q	ualità)													
	1	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				36,00%	40%				Si veda relazione Direzione Sanitaria	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	2	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				6,00%					si è provveduto al popolamento ed aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	> 75%				6,00%							tuata dal Valutatore di l cy, non si comunicano le
	4	Presa in carico pazienti UO prevenzione tumori prostatici	Presa in carico dei pazienti dell'UO della prevenzione tumori prostatici per riduzione lista d'attesa	N. pazienti trattati	Almeno 135 pazienti				21,00%					dal 13/05/2020 sono state eseguite 180 biopsie, come si evince dal registro ambulatoriale di UO.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	5	Migliorare le azioni di prevenzione dellle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	Ministero. 2-100% dei nunti igiene attivati	1- Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. 2- Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rilevazione					20%				Obiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
		Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	1- Gestire l'assetto organizzativo e logístico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori		1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20%				Obiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e st	akeholdei	r														1
		Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	25	2.4	96%	100%	11,00%					Obiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale	processi produttivi, relazionali e or	ganizzativi					20%	20%						

	Responsabile : Dr. Giocchetti Direttore Dipartimento: dr. Della Bella						BUDGET 2020								SISTEMA	PREMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI In termini effettivi	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1º ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini avantitat	tivi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	1	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020		1,00		35,85%	40'	16				vedi relazione direzione sanitaria	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	2	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,839						vedi relazione Dr.ssa Tregambe	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	> 75%				5,839							ettivo è stata effettuata dal otivi di privacy, non si comu	
	4	Ambulatorio di terapia fotodinamica	Incremento attività ambulatorio di terapia fotodinamica	n. 20 pazienti trattati	vedi indicatore				10,839						Obiettivo raggiunto vedi elenco allegato	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	5	Microscopia confocale	Piano di sviluppo della microscopia confocale in campo dermatologico	Presentazione piano di sviluppo	Entro il 31/12/2020				10,839						Piano di utilzzo legato al reperimento fondi Vedi relazione allegata	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	6	Migliorare le azioni di prevenzione dellle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	1- Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	operative e Servizi. 2- Controllo del 100% dell'attivazione dei					201	8					Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	7	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto dell linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	Gestire l'assetto organizzativo e logistico I ivello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					201	ж					Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholde	er																
		Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	15	1	107%	100%	10,839						Obiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione indivi	duale processi produttivi, relazionali e organiz	zativi					209	20	%						

'R3611400 - SOSD ANESTESIA GERIATRICA AN		Respon: Direttore	sabile : Dott.ssa Giampieri Dipartimento: dr. Dellabella				BUDGET 2020								SISTEMA PREMIANTE		
	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO A FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
	1	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,74%	40%				documentazione pervenuta in data 26/01/2021	Relazione inviata alla Direzione Sanitaria, alla Direzione Medica e al Cogest (all 5).	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	2	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,719					documentazione pervenuta in data	Spedito Aggiornamento sito aziendale in data 3/11/2020 (vedi all 1 e all 1bis))	Si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto
	3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥75%				5,719					26/01/2021 documentazione pervenuta in data 26/01/2021	La valutazione dell'obiettivo è stata effettuata dal privacy, non si comu	dell'obiettivo Valutatore di I istanza e unicano le risultanze	dall'OIV ma, per motivi di
	4	Accessi vascolari	Valutazione della richiesta di pezizionamento entro 24h	n. richieste valutate/n. richieste totali	1 Report Trimestrale relativo all'ultimo trimestre 2020 sense subtrate nelle 24h sulle richieste totali				5,719					documentazione pervenutus in data 08/01/2021 ein data 26/01/2022	il report relativo agli implanti e alla valutazione degli accessi vascolari nel trimestre ottobre- novembre-dicenne 2002 e stato invisto al COGEST in data (2017/2021) ali 6). Un discono di considera	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	5	Ottimizzarione della Formatione in Ranimarione cardiopelmonare (corsi BLSD)	Azioni finalizzate al mantenimento dell'accreditamento CF BLSD Fortinca do la regione Marche. Realizzazione di corsi per la formazione in Banimazione cardiopolmonare (consi BLSD)	Numero corsi realizzati (Verbali dei cors effectuati)	in.5 corsi POR Ancona. 4 corsi e re- tralming POR Osimo.				10,719					documentatione pervenuta in data 26/01/2021	* A causa dell'emergenza Covid è stato possibile realizare solo 2 corsi retraining a febbraio in data 13/02 e 25/02 prima del biocco totale dei corsi 13/02 e 25/02 prima del biocco totale dei corsi 13/02 e 25/02 prima del biocco totale dei corsi 13/02 e 25/02 prima del biocco totale dei corsi 12/12/02/03. * A settembre sono stati riprogrammati e accreditari i 5 corsi Bios d'artining restrati (i 13/12/12/02/03). * A settembre sono stati riprogrammati e accreditari i 5 corsi Bios d'artining restrati (i 12/10, 12/10) al Corsi biod retraining restrati (i 12/10, 12/09) al Cosmo. Purtroppo in seguito alla corsi o dia 25/01/03/10 e al corsi biod retraining restrati (i corsi biod estraining resilizare solo 2 corsi biod in data 2/10/12/02/00.) Per tale regione è stato possibile realizzare solo 2 corsi tale regione è stato possibile realizzare solo 2 corsi tale regione è stato possibile realizzare solo 2 corsi tale regione è stato possibile realizzare solo 2 corsi tale regione è stato possibile realizzare solo 2 corsi del corsi produce del corsi biod de corsi corsi corsi del corsi del corsi biod e corsi retraining in vivatal al Cogest in data 28/12/2000 e all'7,8,3,10,11).	Si ritiene l'obiettivo non valutablle a custi dell'impossibilità di effettuare i corsi per l'epidemia Covid 19	obiettivo non valutabile
	6	Anestesia Toracica Spinale Continua nel paziente ultraottantenne con tare patologogiche severe	Utilizzo dell'anestesia toracica spinale nel trattamento del paziente ultraottantenne con profili clinici specifici	interventi con utilitzo dell'anestesia spinale nel POR Ancona e nel PO Osimo	POR Accoss: 20 interventi PO Oximo: 5 interventi				5,719					documentazione pervenuta in data 26/01/2021	Realizzati n 22 interventi in anestesia spinale continua. Per anestesia spinale continua si intendono: anestesia subaracnoidea continua e/o epidurale continua (e/o epidurale). Il numero no continua (e/o epidurale). Il numero novembre siano stati sospesi gli interventi chirugici presso il POR Ancona a custa della riorganizzazione sastienziale conseguente all'imengenca covid (con spostamento dell'attività chirugica in elezione e in urganza sul precisido (di climio). Il vivia report (allegato 3) al Cogesti in data 28/12/2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	7	Migliorare le azioni di prevenzione dellle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'Igiene delle mani, al fine di ridure le infezioni correlate all'assistenza	1- Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	Diffusione dei sittemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative Servizi. Controllo del 100% dell'attivazione dei punti iglene mani tramite apposite schede di rilevazione					20%					Oblettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Prospettivo dell'utenzo e stal	8 keholder	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20%					Obiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
		Trasferimento tecnologico	Studio di fattibilità sullo sviluppo e sull'utilizzo del brevetto Xit anestesia	Presentazione studio	Entro 31/12/2020				10,719					documentazione pervenuta in data 26/01/2021	Il documento elaborato dalla sottoscritta relativo allo "Studio di lattibilità sullo volluppo e sull'utilizzo dei brevetto Kit anestessia" è stato invisto al Cogesti na data 28/12/2000 el allo Direziono Scientifica in data 28/12/2000 el allo Deriziono Scientifica in data 29/12/2000 el la de al el sio, i S precisa inottre de in data 14 ottore 2000, la sottocritta ha organizato una riunione per èl personale medio condivisiono degli oblettivi di loughe. Un esta della condivisiono degli oblettivi di loughe, il verbale di tale riunione con le firme di presenza è stato invisto al Cogest in data 11/11/2000.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi			iduale processi produttivi, relazionali e organia	zzativi					20%	20%							
		Н	E A L	I H	A N [S S	CIE	N C	E	O	Ν		Α	G I	N G		

'R3612000 - SOC CHIRURGIA GENERALE E PATOLOGIA CHIRURGICA AN	Responsabile : Dr. Boccoli Direttore Dipartimento: dr. Dellabella						ві	UDGET 2020						SISTEMA PR	EMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIME NTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2* ISTANZA
Processi interni (in termini quantita	ativi, di efficienzo, appropriatezza e qualità)	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,62%	6 409	6		documentazione inviata in data 30/12/2020	Relazione da parte della Direzione Sanitaria	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	2	Sito internet aziendale	aggiornamento dei	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,63%	6			documentazione inviata in data 30/12/2020	Consegnato alla Dott.ssa Tregambe	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥ 75%				5,63%	6					tivo è stata effettuata da ivi di privacy, non si com	
	4	Anestesia Toracica Spinala Continua nel paziente ultraottantenne con tare patologogiche severe		dell'anestesia spinale	POR Ancona: 20 interventi PO Osimo: 5 interventi				5,63%	6			documentazione inviata in data 30/12/2020	Presentata relazione con Casistica	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	5	anestesia locale per interventi di chirurgia carotidea nei pz anziani	Utilizzo dell'anestesia locale per interventi di chirurgia carotidea nei pz anziani	N.Interventi in anestesia locale	almeno 20 interventi presso il POR Ancona				5,63%	ó			documentazione inviata in data 30/12/2020	Raggiunto il 100% come da casistica allegata	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	6	Progetto certificazione (per il Presidio di Osimo)	Messa in campo attività per la certificazione	Ottenimento certificazione	vedi indicatore				5,63%	6			documentazione inviata in data 30/12/2020	Direzione Sanitaria	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	7	Ridefinizione del percorso vascolare integrato con la UOC Diagnostica per Immagini	Attivazione del percorso integrato	Attivazione percorso	entro 31/10/2020				5,63%	6				Relazione del Percorso inviata dal Responsabile di struttura	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	8	Migliorare le azioni di prevenzione dellle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate	1- Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti	1- Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. 2- Controllo del 100%					209	6			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	9	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - Unità Operativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					209	6			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakehold	ler 10	AreaIRCCS-Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente compatibilmente con la ripresa dell'attività	relazione sullo stato dell'arte dell'implementazione delle attività				10,60%	6			documetazione inviata in data 30/12/2020	Consegnata relazione sulla "Chirurgia Laparoscopica nei difetti della parete	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione indi	ividuale processi prod	uttivi, relazionali e orga	nizzativi				20%	6 205	6					

R3613000 - SOC ODONTOSTOMATOLOGIA AN			: Prof Procaccini ento: dr. Della Bella				BUDGET 2020								SISTEMA	PREMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE NO	NOTE CON		UTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini qua	antitativi, di	efficienza, appropriatezza e qualità) Emergenza Covid	provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,74%	409	6		documenta pervenuta i 31/12/2020	Si veda		Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	2	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro II 31/12/2020				5,71%					richies inviate c.lodo	rmazioni ste sono state e all'indirizzo vichetti@inrca.it a 12.11.20	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	> 75%				5,71%							ettivo è stata effettuata d otivi di privacy, non si con	lal Valutatore di I istanza municano le risultanze
	4	Implementazione registro tumori del cavo orale	Partecipazione dell'UO al registro tumori	Presentazione report sulla partecipazione al registro tumori	Entro il 31/10/2020				10,71%				documenta pervenuta i 29/10/2020		inviato in data	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	5	Valutazione appropriatezza nell'utilizzo degli antibiotici nel setting odontoiatrico	Registrazioni delle prescrizioni di antibiotici per problematiche odontolatriche	Numero di prescrizioni di antibiotici per tipologia di indicazione	Monitoraggio delle prescrizioni tramite apposita scheda e produzione di report al 31/12/2020				5,71%				documenta inviata in d 28/12/2020		tivo report è inviato in data	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	6	Revisione e sviluppo di nuovi modelli organizzativi	Valutazione della possibilità di instaurare un'attività di DS odontoiatrica	Predisposizione di un documento per la valutazione della appropriatezza degli interventi in regime di DS nei pazienti anziani in base alla fragilità	Realizzazione del documento entro il 30/11/2020				5,71%						inviato in data	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	7	Migliorare le azioni di prevenzione dellie infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per Tiglene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rilevazione.					201	6			obietti	ivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8	Organizzare e gestire l'assistenza ne rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori		Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					201	6			obietti	ivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stake	holder																
	9	Ricerca scientifica corrente	Produzione scientifica	IFN	13	22,60	174%	100%	10,71%					obietti		Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale pr	rocessi produttivi, relazionali e organizzativi						20%	201	6						

'R3613200 - SOC CENTRO PIEDE DIABETICO AN	Respons Direttore Dipartime				В	UDGET 2020					SISTEMA F	REMIANTE	
SETTORE	PROGR. OBJETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario													
Processi interni (in termini d	quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)												
	1 Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,85%	40%		Si veda relazione Direzione Medica	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	2 Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,83%			Si veda relazione Dr.ssa Tregambe	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥ 75%				5,83%	5%			biettivo è stata effettua a, per motivi di privacy, r	
	4 Plattaforma ferite difficili	progetto di riorganizzazione dell'ambulatorio ferite difficili in collaborazione con la UO Dermatologia, Diabetologia e Chirurgia Generale)	Presentazione progetto di riorganizzazione dell'ambulatorio ferite difficili e audit interni	Relazione dell'attuazione della piattaforma entro il 30/11/2020				10,83%		documentazione pervenuta in data 31/12/2020	La relazione è stata inviata in data 31/12/2020. Si veda allegato	Si ritiene l'obiettivo non valutabile dal momento che la piattaforma non è stata attuabile a causa dell'emergenza covid.	obiettivo non a valutabile
	tavolo regionale sul piede diabetico SID AMD	Creazione del tavolo regionale in collaborazione con le altre aziende sanitarie regionali	Entro il 31/12	Vedi indicatore				10,83%		documentazione pervenuta in data 31/12/2020	La relazione è stata inviata in data 31/12/2020. Si veda allegato	Si ritiene l'obiettivo non valutabile dal momento che il tavolo non è stato costitutito a causa dell'emergenza covid.	
	6 Migliorare le azioni di prevenzione dellle infezioni ospedallere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandizioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	Swiluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rilevazione					15%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispettr delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e sti	akeholder												
	8 Ricerca a progetto	Partecipazione al progetto regionale DC Pressure compatibilmente con la ripresa dell'attività di ricerca clinica legata alla pandemia	Report finale di progetto	vedi indicatore				10,83%		documentazione pervenuta in data 31/12/2020	La relazione è stata inviata in data 31/12/2020. Si veda allegato	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi p	roduttivi, relazionali e organizzativi						20%	20%				

R3613900 - SOSD GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA			nsobile : Dr. Peruzzi artimento: dr. Della Bella				BUDGET 2020								SISTEMA I	PREMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2º ISTANZA
Economico-finanziario																	
Processi interni (in termini q		Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,859	% 40	196				Si veda relazione della Direzione Medica	Si coonferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	2	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,839	6					Si veda relazione della dr.ssa Tregambe	Si coonferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥ 75%				5,839	К							dal Valutatore di I istanza e omunicano le risultanze
	4		Recepimento del PDTA per il trattamento del paziente con celiachia	Definizione del percorso attraverso la stesura di un PDTA Aziendale	Presentazione del PDTA entro il 31/12/2020				10,837	K.					il PDTA non è stato presentato a causa dell'emergenza covid e dell'indisponibilità del personale medico		obiettivo non raggiunto
		Sala Endoscopica del PO	Definizione del piano di attività tra i due ospedali in un contesto di priorità, sia organizzative che cliniche		presentazione del progetto entro il 30/11/2020 e avvio dal 31/12/2020				10,839	к					Inviata relazione	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto per la presentazione del progetto e non valutabile per l'avvio del progetto stesso
	6	prevenzione delle infezioni	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero.	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. Controllo del 100% dell'attivazione dei punti giene mani tramite apposite schede di rilevazione					20	196				obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	livello di Dipartimento - UnitaUperativa - Servizi di	ulcitatori	Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20	196				obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e sta		Area IRCCS	Produzione scientifica	Presentazione di un articolo scientifico ad una rivista indexata	Vedi indicatore				10,837	К					Non è stato presentato alcun articolo scientifico	Si ritiene che l'obiettivo non sia stato raggiunto	obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individ	uale processi produttivi, relazionali e organizzativi						209	% 20	1%						

'R3651140 - ANESTESIA OSIMO			ssabile : Dr. Iuorio artimento: dr. Dellabella				BUDGET 2020						SISTEMA P.	REMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO RISORSE VALENZA AGGIUNTIVE BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in te			eniotezza e qualità) Rispondenza di tutte le zaioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in corenza con i provvedimenti regionali ed zarendali emessi ad boc		entro ii 31/12/2020				35,63%	40%			Il numero delle prestazioni effettuate dalla UOC risulta superiore nonostante i due periodi di chiusura e tutte le limitazioni conseguenti al periodo Covid. Presentazione di un progetto relativo a pazienti fibromialgici. Il progetto viene presentato in allegato.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	2	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,59%				Si veda relazione dr.ssa Tregambe	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥ 75%				5,63%					o è stata effettuata dal Valu di privacy, non si comunica	utatore di I istanza e dall'OIV ano le risultanze
	4	Terapia del dolore	mantenimento dei volumi relativi ai trattamenti in terapia del dolore	2019=2020 Presentazione progetto con UO Neurologia relativo a pazienti fibromialgici	1000 prestazioni ambulatoriali Presentazione entro 31/12/2020				5,63%			documentazione pervenuta in data 22/12/2020	Si veda relazione inviata al Cogest in data 22/12/2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	5	Accessi vascolari	valutazione delle richieste di posizionamento entro 24h	n richieste valutate/richieste totali	Report Trimestrale relativo all'ultimo trimestre 2020 90% delle richieste valutate nelle 24h sulle richieste totali				5,63%			documentazione pervenuta in data 11/01/2021	Si veda relazione inviata al Cogest in data 11/01/2021	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	6		Utilizzo dell'anestesia toracica spinale nel trattamento del paziente ultraottantenne con profili clinici specifici	interventi con utilizzo dell'anestesia spinale nel POR Ancona e nel PO Osimo	POR Ancona: 20 interventi PO Osimo: 5 interventi				5,63%			documentazione pervenuta in data 22/12/2020	Sono stati effettuati S interventi	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	7	Progetto certificazione	Messa in campo attività per la certificazione	Ottenimento certificazione	vedi indicatore				5,63%				Si veda relazione Direzione Medica	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	8	Migliorare le azioni di prevenzione dellle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. Controllo del 100% dell'attivazione dei punti giene mani tramite apposite schede di rilevazione					20%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	9		1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - Unità Operativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'uten.	za e stak	eholder	C. C								+	documentazione		Si conferma il	_
		Trasferimento tecnologico	Studio di fattibilità sullo sviluppo e sull'utilizzo del brevetto Kit anestesia	Presentazione studio	Entro 31/12/2020				10,63%			pervenuta in data 29/12/2020	Si veda relazione inviata al Cogest in data 31/12/2020		obiettivo raggiunto
		Scheda di valutazione indiv	iduale processi produttivi, relazionali e organizza	ativi					20%	20%					

'R3610100 - SOC CARDIOLOGIA/UTIC/TELECARDIO LOGIA AN		Responsabile : Dr. Direttore Dipartiment					BUDGET 2020								SISTEMA PI	REMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quantita	ativi, di ef	fficienza, appropriatezza e qualità)															
	1	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,63%	405				documentazione pervenuta in data 16/12/2020	documento redatto e inviato in data 16/12/20	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	2	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,59%						Obiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
		Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥ 75%				5,63%	05	á					tivo è stata effettuata d tivi di privacy, non si co	lal Valutatore di I istanza municano le risultanze
		Protocollo utilizzo SLGT 2 inibitori in pazienti diabetici anziani con scompenso cardiaco	Identificazione dei pazienti diabetici con scompenso cardiaco eleggibili all'utilizzo del SLGT 2	Presentazione protocollo con l'UO Cardiologia	entro il 31/12/2020				5,63%					documentazione pervenuta in data 21/12/2020	documento redatto e inviato in data 21/12/20	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
		Attivazione percorso di Cure Palliative rivolte al paziente anziano fragile con insufficienza d'organo	Elaborazione documento con focus su modalità appropriate di attuazione delle Cure Palliative Simultane di supporo alla cura attiva nel paziente con insufficienza cardiaza in fase avanzata che non otsponde più a consuet approcci di cura el di Cure Palliative di Fine Vita nel paziente in fase finale di maiatti e di vita, finalizzato alla redazione di un documento condrisso	Documento in collaborazione col Servidio Dignity Care, con la partecipazione di esperti del settore. Messa a punto di un documento di riferimento condiviso di Servidio Dignity Care e dall'I Di. Cardiologia, per tanorire la diagnosi precoce dello stato End Stage della patrologia cardiologia e indicazioni circa azioni appropriate da intra prendere	con l'UO DMPO del POR Ancona entro il				10,63%					documentazione pervenuta in data 16/12/2020	documento redatto e Inviato in data 16/12/20	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	6	Integrazione dei reperti morfologici e funzionali derivati da coronarografia e scintigrafia miocardica e individuazione di parametri o gruppi di parametri, evidenziati da un opportuno protocollo di studio, per la gestione del paziente	pazienti selezionati come ad "alto rischio	Redazione del protocollo	Entro il 31/12/2020				5,63%					documentazione pervenuta in data 21/12/2020	documento redatto e Inviato in data 21/12/20	Si conferma il raggi ungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
		Migliorare le azioni di prevenzione dellle infezioni copedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle manal, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dill'ONS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	1- Diffusione del sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. 2- Controllo del 100% dell'attivazione dei punti gjene mani tramite apposite schede di rilevazione.					209	á á			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	80	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàDiperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% del punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					209	5			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakehold	ler																
	9	Reti IRCCS - Rete Cardiologica	Partecipazione attività della Rete cardiologica	Partecipazione meeting e attività di progetto in collaborazione con lo staff della Direzione Scientifica	Report da presentare alla Direzione Scientifica entro il 31/12/2020				5,63%					documentazione pervenuta in data 31/12/2020	documento redatto e inviato in data 31/12/20	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	10	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	1	3 12,4	155%	100%	5,63%					Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produti	tivi, relazionali e organizzativi						20%	205	6				schede di valutazione compilate		

'R3611800 - SOC GERIATRIA E ACCETTAZIONE GERIATRICA D'URGENZA AN		Responsabile : Direttore Dipartimei					BUDGET 2020							SISTEMA F	REMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini qu	antitativi, di e	efficienza, appropriatezza e qualità)														
	1	Attivazione procedura gestione del dolore in triage	applicazione protocollo	compilazione scheda valutazione trattamento del dolore e registrazione del campo Dolore sulla SDO	100% della compilazione a partire dal 01/11/2020					109	6			Si veda report del Cogest	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,719	í			documentazione pervenuta in data 28/12/2020	Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,749	á 409	6			Si veda relazione DMPO	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥75%				5,719	r 5					obiettivo è stata effettu na, per motivi di privacy, risultanze	
	5	Attivazione fast track per urgenze minori di chiara pertinenza monospecialistica dermatologica	creazione di un percorso condiviso con i servizi specialistici	elaborazione di un protocollo entro 30 novembre 2020	vedi indicatore				10,719	r.			documentazione pervenuta in data 30/11/2020	Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	Attivazione protocollo di trattamento see & treat	creazione di un protocollo medico/infermieristico per il trattamento/gestione dei codici bianchi	elaborazione di un protocollo entro 30 novembre 2020	vedi indicatore				10,719	í a				Anche questa documentazione è pervenuta il 30 11 2020	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	Migliorare le azioni di prevenzione dellle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero.	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di riflevazione.					159	6			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
		Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - Unità Operativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	autocertificazione utenti e visitatori	Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					159	6			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stak											1					ł
	10	Produzione scientifica Coordinamento Linea di Ricerca	Pubblicazione su riviste con IF Attività di Coordinamento della Linea di RC 2 e aspetti specifici della Rete Ageing	IFM Organizzazione degli incontri trimestrali con il personale dell'UO	Almeno un incontro trimestrale a partire dal quarto trimestre 2020	60,	8 203%	100%	5,719 5,719					obiettivo raggiunto Incontro effettuato, si allega il resoconto protocollato in data 17 dicembre	obiettivo raggiunto obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale process	I si produttivi, relazionali e organizzativi		l				209	i 209	6					

'R2410300 - SOC CENTRO NEUROLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO AN		Responsabile : P. Direttore Dipartimento					BUDGET	2020						SISTEMA I	PREMIANTE	
SETTORE	PROGR	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario																
Processi interni (in termini d	uantitat	ivi, di efficienza, appropriatezza e qu	alità)													
		Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,74%	6 40%			documentazione pervenuta in data 22/12/2020	Obiettivo raggiunto (v. Report #1 del 22.12.20)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO		Entro il 31/12/2020				5,71%	6 10%			documentazione pervenuta in data 22/12/2020	Obiettivo raggiunto (v. Report #2 del 22.12.20)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Produzione scientifica	Invio articoli a riviste con IF	IF	20,00	21,60	108%	100%	5,71%	6 10%				IFM 2020 CNI: 30 Obiettivo raggiunto (v. allegato 1)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	Attività assistenziale	Dos liquorali di Ab, tau e P-tau in pz con AD	Esami svolti su campioni ricevuti	100%	5			5,71%	6 10%				Effettuati 20 dosaggi su 21 pervenuti (il 21* è in corso) Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Capacità di attrarre risorse	Ricerca fondi c/o agenzie di finanziamento	Presentazione progetti	1,00				10,71%	6				Presentati 2 progetti alla Fondazione Marche il 19.05.2020 (v. allegato 2) Obiettivo raggiunto		obiettivo raggiunto
	6	Caratterizzazione di un modello murino INRCA di AD	Valutaz molecol, morfol e comportamentale	Produzione di risultati	Report 31/12/20				5,71%	6 10%			documentazione pervenuta in data 22/12/2020	Obiettivo raggiunto (v Rep #3 del 22.12.21)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	Partecipazione a gruppi di lavoro ministeriali	Partecipazione al gruppo di lavoro nazionale sul benessere animale	Relazione sul coinvolgimento dell'UO all'interno del gruppo di lavoro	Entro il 31/12/20				10,71%	6			documentazione pervenuta in data 22/12/2020	Obiettivo raggiunto (v. Report #4 del 22.12.20)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e st	akeholde	er														
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale	processi produttivi, relazionali e orį	ganizzativi					20%	6 20%				Inserita in Intranet (08.02.21) Obiettivo raggiunto		

'R3610600 - SOC NEUROLOGIA/CENTRO ALZHEIMER / STROKE UNIT AN		Responsabile : Direttore Dipartime					BUDGET 2020								SISTEMA P.	REMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIV E	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quant	itativi, d	efficienza, appropriatezza e qualità)	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i	Ralaziona da inviara alla Diraziona										documentazione	Relazione prot.46534		
	1	Emergenza Covid	provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc		entro il 31/12/2020				35,6%	40%				pervenuta in data 29/12/2020	inviata allegata a mail 29 dicembre	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Esecuzione di esami EEG ed Ecodoppler vasi epiaortici in pazienti Ospedale di Osimo entro 48 ore se provenienti dal PS o entro 3 giorni se provenienti dai Reparti Ospedalieri.		80% delle richieste a partire dal mese di ottobre				5,6%						100% pazienti	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,6%	i					inviato aggiornamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	Neuromodulazione sacrale	Effettuazione di attività di neuromodulazione sacrale	5 procedure di neuromodulazione	vedi indicatore				10,6%						eseguite 12 procedure di neuromodulazione	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥ 75%				5,6%	i							dal Valutatore di I istanza omunicano le risultanze
	6	Riapertura Centro Alzheimer	Riapertura Centro a seguito dell'emergenza Covid-19	Espletamento attività necessarie per la riapertura del centro	Entro il mese di ottobre				5,6%						Riaperto Centro Alzheimer VG 5 ottobre	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	Migliorare le azioni di prevenzione dellle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	1- Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	1- Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali al Ivello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. 2- Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di riflevazione					20%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8		1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - Unità Operativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	raccolta autocertificazione utenti e	Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeho																	
	9	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	10	13,6	136%	100%	5,6%	-					IF > 10 (lavori 2020)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	10	Valorizzazione del parco tecnologico	Progettazione di piani di attività scientifica per l'utilizzo delle attrezzature acquisite con fondi conto capitale	Predisposizione di un piano di attività scientifica ed il coinvolgmento del'area sanitaria per l'utilizzo del laboratorio Youse	report alla direzione con il piano predisposto				5,6%					documentazione pervenuta in data 29/12/2020	relazione inviata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale proc	cessi produttivi, relazionali e organizzativi						20%	20%					eseguito		

R3610900 - SOC MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA AN		sabile : Dr.ssa Tortato partimento: dr. Antonicelli				BUDGET 2020							SISTEMA PREMI	ANTE	
SETTORE	PROGR. OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIV	VALENZA BIENNALE NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quo	ntitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)													
	1 Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,639	6 40	%		documentazione pervenuta in data 21/12/2020	E' statata redatta la relazione e inviata alla Direzione Sanitaria	si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	2 Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,639	6				E' stata inviata tutta la documentazione richiesta per il popolamento ed aggiornamento del nuovo sito aziendale	si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	Copertura vaccinale per vaccinazior antinfluenzale agli operatori sanita		copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥75%				5,599	6				La valutazione dell'obiettivo è st ma, per motivi di pr	ata effettuata dal Valuta ivacy, non si comunicano	
	Riorganizzazione dell'attività della UOOC Malattie Metaboliche	1) formalizzazione dei percorsi di presa in carico del paziente diabetico 2) attivazione e monitoraggio dei percorsi	1) documento di formalizzazione 2) Report di monitoraggio dell'attivazione dei percorsi	1) entro il 31/12/2020				5,639	6			documentazione pervenuta in data 21/12/2020	Il documento di formalizzazione è stato inviato al controllo di gestione in data 21/12/2020. Il report di monitoraggio è stato inviato in data 11/01/2021.	si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	Percorso specialistico dedicato alle 5 nuove tecnologie per la cura del paziente con diabete tipo 1	1) formalizzazione del percorso 2) Implementazione e monitoraggio	documento di formalizzazione 2) Report di monitoraggio dell'attivazione del percorso	1) entro il 31/10/2020 2) Report bimestrale a partire dall'ultimo bimestre				5,639	6			documentazione pervenuta in data 21/10/2020	Il documento di formalizzazione è stato inviato in data 21/10/2020, il report di monitoraggio dell'ultimo	si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	Analisi sull'implementazione di nuo tecnologie	ve Presentazione di un'analisi sull'impatto in termini di costo beneficio circa l'utilizzo di nuove tecnologie	Presentazione dell'analisi	entro il 31/10/2020				5,639	6			documentazione pervenuta in data 21/10/2020	E' stata redatta l'analisi ed inviata	si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	Protocollo utilizzo SLGT 2 inibitori ii 7 pazienti diabetici anziani con scompenso cardiaco	N Identificazione dei pazienti diabetici con scompenso cardiaco eleggibili all'utilizzo del SLGT 2	Presentazione protocollo con l'UO Cardiologia	entro il 31/12/2020				5,639	6				Il protocollo condiviso è stato inviato dal Dott. Antonicelli	si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	8 Migliorare le azioni di prevenzione dellle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza		Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rilevazione.					20	96			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Organizzare e gestire l'assistenza ne 9 rispetto delle linee di indirizzo "Fas Covid-19";			1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20	%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stake	holder														
	10 AreaIRCCS-Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente compatibilmente con la ripresa dell'attività di ricerca clinica legata alla pandemia	relazione sullo stato dell'arte dell'implementazione delle attività				10,639	6				Vedi relazione allegata	si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale p	rocessi produttivi, relazionali e organizzativi						209	6 20	%					

'R3611100 - SOC NEFROLOGIA E DIALISI AN		Responsabile : Dr.ss Direttore Dipartimento: d.					BUDGET 2020							SISTEMA PRI	EMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIV	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termi		ativi, di efficienzo, oppropriotezza e qualit Percorsi integrati di cura per il pz con MRC avanzata in trattamento conservativo con «esclusione della terapia dialitica sospensione della terapia dialitica	ò) Redazione di un protocollo condiviso con - servizio dignity care -dietista - psicologa - assistente sociale -MMG	Procedura aziendale vidimata e operativa nell'istituto - Nº. pazienti inseriti nel percorso	Formalizzazione della procedura aziendale scritta entro il 31/10/2020 almeno n. 2 pz				10,83%				documentazione pervenuta in data 23/12/2020	il protocollo è stato inviato a UO Controllo Gestione il 31/10/2020 e inviata la relazione finale il 23/12/2020 alla Direzione Sanitaria e alla Dott.ssa D'Ascoli- inseriti 3 pazienti	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	2		Redazione di un protocollo operativo condiviso tra IRCCS- INRCA-ASUR AV2 al fine della formazione degli GSS che vanno a domicillo per garantire la terapia dialitica domiciliare	Procedura interaziendale IRCCS- INRCA - ASUR AV2	Formalizzazione Protocollo entro 31/10/2020 Approvazione procedura interaziendale soritta entro il 31/12/2020				10,83%					Il protocollo è stato formalizzato il il 31/10/20 e inviato alla Direzione Sanitaria e UO Controllo Gestione Causa impedimenti dovuti alla riacutizzazione Covidi il protocollo non è stato formalizzato a livello interaziendale anche se sottoposto alla DG ASUR (vedi mail inviata alla Dott.ssa D'Ascoli in data 23/02/21 in data 23/02/21	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	3	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,85% 4C	196				relazione inviata in Direzione Sanitaria e UO Controllo Gestione in data 29/12/2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	4	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,83%					inviato il 13/11/2020 alla Dott.ssa Tregambe	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
		Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥ 75%				5,83%					La valutazione dell'obiettivo è s ma, per motivi di p	tata effettuata dal Valuta rivacy, non si comunicano	
	6	Migliorare le azioni di prevenzione dellle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. Controllo del 100% dell'attivazione dei punti giene mani tramite apposite schede di rilevazione				20	96				obiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	7	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento				20	194				obiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	8	Area scientifica: relazione finale progetto DIALAGE	Coordinamento e raccolta dei dati dei Centri Nefrogici Marchigiani afferenti al progetto	Stesura relazione finale da sottoporre alla Direzione Scientifica	Formalizzazione del report entro il 15/11/2020				10,83%				documentazione pervenuta in data 24/12/2020	II 6/11/2020 la Direzione Scientifica ha autorizzatato la richiesta di proroga per la formalizzazione del report da inviare entro il 31/12/20. Inviato alla Direzione Scientifica e alla Dott.ssa D'Ascoli il 24/12/2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							20% 20	196						

'R3613100 - SOSD NUTRIZIONE CLINICA AN		Responsabile : Dr. Direttore Dipartimento					BUDGET 2020							SISTEMA	PREMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini		efficienza, appropriatezza e qualità) Gestione ambulatoriale disfagia	numero pazienti anno 2020	report entro 31 dicembre 2020	1009				10,71%				documentazione pervenuta in data 23/12/2020	Inviato il 23/12/2020 report dell'attività ambulatoriale su pazienti con disfagia nel 2020.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	2	Questionario gradimento pazienti in NED	questionario telefonico ai caregiver	report entro 30 Novembre 2020	1009	4			10,71%				documentazione pervenuta in data 24/11/2020	Inviato report il 24/11/2020 su questionario inviato ai caregiver di pazienti in NED, su valutazione del servizio domiciliare	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	3	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc		entro il 31/12/2020				35,74%	40%				documentazione inviata dalla DMPO	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	4	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,71%					Documentazione allegata inviata 19/10/2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	5	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥75%				5,71%							a dal Valutatore di I istanza comunicano le risultanze
	6	Migliorare le azioni di prevenzione dellle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rilevazione					20%				Obiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	7	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	raccolta autocertificazione utenti e	1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20%				Obiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e st	akeholder		Implementazione attività como de menti di	Implementarione attività anno	relaxione cullo state dell'atte									Relazione allegata	Si conferma il	
	8	AreaIRCCS-Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente	relazione sullo stato dell'arte dell'implementazione delle attività				5,71%					Relazione allegata, inviata il 3/10/2020	raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	9	Produzione Scientifica	Pubblicazioni impattate	N. IF	9	10,5	1 121%	100%	5,71%					IF raggiunto -vedi allegati	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale proce	ssi produttivi, relazionali e organizzativi						20%	20%				obiettivo raggiunto		

'R3651000 - MEDICINA GENERALE OSIMO			e : Dr. Burattini nento: dr. Antonicelli				BUDGET 2020							SISTEMA PR	EMIANTE	
SETTORE	PROG	GR. OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2°
Processi interni (in termini qu	antitati	ivi, di efficienza, appropriatezza e qualità)														
	1	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,59%	409	6			vedi relazione Direzione Medica	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,63%	6				Vedi relazione Dott.ssa Tregambe	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥ 75%				5,63%	i i					ttivo è stata effettuata o otivi di privacy, non si co	lal Valutatore di I istanza municano le risultanze
	4	Adesione a rete terapia trasfusionale per la gestione dei salassi e delle trasfusioni in regime ambulatoriale attivata dalla Dip. Med. Trasf: Marche	Formalizzazione del percorso e messa a disposizione del D.H. nella sede di Osimo per esecuzione di salasso terapia ed emotrasfusioni	Report semestrale dell'attività	almeno 30 salassi / anno				5,63%	5			documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Il percorso èstato inviato al CdG in data 30/12/2020 e sono stati arruolati oltre 300 pazienti	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Attivazione di D.H. terapeutico per infusione di prostaglandine e.v. (ILOPROST) in Paz.te con AOP o SSP in collaborazione con la UO Dermatologia, Piede Diabetico e Chir. Vascolare	Formalizzazione percorso; attivazione monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	Report di monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	Almeno 10 pazienti nel 2020				5,63%					Inviati in data odiema e nel percorso sono stati inseriti solo due pazienti causa Covid	obiettivo non valutabil	obiettivo non valutabile
	6	Percorso del Paz.te con Emorragia digestiva con particolare riguardo ai pazienti in trattamento conDOAC	Collaborazione tra U.O Medicina Interna ed Endoscopia Ospedale di Osimo per la diagnosi e terapia	Stesura di un Documento condiviso sul Percorso del Paz.te con emorragia digestiva e report periodico	Report semestrali				5,63%					Il documento è stato inviato dal dr BouSerhal ed al momento sono stati arruaolati 7 pazienti	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	Progetto certificazione	Messa in campo attività per la certificazione	Ottenimento certificazione	vedi indicatore				5,63%	5					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8	Migliorare le azioni di prevenzione dellle infezioni ospedaliere		Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni DMS e ministerial a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. Controllo dei 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rilevazione.					209	ó			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	9	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori		Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					209	6			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	10	Protocollo di studio sui parametri di ecocardiografia sull'interdipendenza ventricolare Presentazione di un protocollo al comitato di bioetica		Presentazione protocollo	Entro il 31/12/2020				10,63%					Protocollo presentato il 30/10/2020	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi p	oroduttivi, relazionali e organizzativi						20%	209	6					

R3651270 - SALA ENDOSCOPIA OSPEDALE OSIMO	Responsabile : Dr. Direttore Dipartime	TOUFIC BOUSERHAL ento: dr. Della Bella			BL	DGET 2020						SISTEMA	A PREMIANTE	
SETTORE	PROGR OBJETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROL GESTIONE	O DI VALUTAZIONE CAR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini q	nuantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità) 1 Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,59%	40%			RELAZIONE REDATTA DALLA DIREZIONE MEDICA	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2 Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,63%				veda relazione della Drssa Tregambe	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥75%				5,63%						a dal Valutatore di I istanza comunicano le risultanze
	ego uporation samuari 4 Screening regionale	colonscopia	almeno 150	entro il 31/12/20				10,63%				sono stati effettuati 209 screening, L elenco dei pazienti e reperibile presso I unita operativa. Anche SIS. PER PRIVACY NON SI TRASMETTE L ELENC NOMINATVO	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Percorso del Paz.te con Emorragia digestiva con 5 particolare riguardo ai pazienti in trattamento con DOAC	Collaborazione tra U.O Medicina Interna ed Endoscopia Ospedale di Osimo per la diagnosi e terapia	Stesura di un Documento condiviso sul Percorso del Paz te con emorragia digestiva	Report semestrali				5,63%				DOCUMENTO REDATTO IN ALLEGATO	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6 ambulatorio MICI ancona-osimo	stabilire tempi e modalita con la gastro ancona	attuazione ambulatorio unico presso il POR Ancona per somministrazione biologici come da progetto 2019	relazione a fine anno				5,63%				RELAZIONE IN ALLEGATO	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7 Progetto certificazione	Messa in campo attività per la certificazione	Ottenimento certificazione	vedi indicatore				5,63%				SI VEDA RELAZIONE DIREZIONE MEDICA	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8 progetto integrato con UO Gastroenterologia Ancona	Definizione del piano di attività tra i due ospedali in un contesto di priorità, sia organizzative che cliniche	definizione e stesura del progetto condiviso	presentazione del progetto entro il 30/11/2020 e avvio a partire dal mese di 31/12/2020				5,63%				PROGETTATO NULLA DI DEFINITIVO dal primo gennaio 2021 per cambiamenti in	obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	9 Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	1- Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatoro, delle misure di prevenzione paraconadate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministerali al iwello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rilevazione.					20%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indivizzo "Fase 2 Covid-19";	Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - Unita/Operativa - Servisi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e sta	akeholder													
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, i	relazionali e organizzativi						20%	20%					

'R3651290 - PNEUMOLOGIA OSIMO			e : Dott.ssa Cecarini imento: dr. Antonicelli				BUDGET 2020						SISTEMA I	REMIANTE	
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUN VE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in term	ini qua	antitativi, di efficienza, appropriatezza e													
	1	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i prowedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,74%	á 40	96	documentazione pervenuta in data 30/12/2020	L'U.O.ha attivato tutte le misure previste dalla Direzione Sanitaria	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2 5	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,71%	6		documentazione pervenuta in data 30/12/2020	L'U.O. ha inviato alla Dr.ssa Tregambe tutte le informazioni previste	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
		Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥ 75%				5,71%	6		documentazione pervenuta in data 30/12/2020		obiettivo è stata effettu na, per motivi di privacy risultanze	
	4	Verifica del controllo della sintomatologia nei pazienti affetti da asma da moderato a severo afferenti all'ambulatorio di Pneumologia	Valutazione dinica tramite somministrazione di questionario ACT (Asthma Control Test)	% di pazienti il cui questionario ACT risulta ≥20	≥50%				10,71%	ó		documentazione pervenuta in data 30/12/2020	E'stata inviata relazione sulla % di pazienti con ACT >o= a 20 che è risultata 93,86%	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5 1	nel breve termine (12 mesi)	Verifica a 12 mesi dall'inizio della terapia ventilatoria della compliance mediante scarico dati del ventilatore	% di pazienti con compliance ottimale (4 ore per 5 gg o superiore)	≥60%				5,71%	,		documentazione pervenuta in data 30/12/2020	E' stata inviata relazione con % di pazienti complianti alla terapia con C-PAP pari a 64%	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	Progetto certificazione	Messa in campo attività per la certificazione	Ottenimento certificazione	vedi indicatore				5,71%	6			Vedi attestazione Direzione Medica	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
		Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	1- Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	Diffusione dei sistemi informativi per il rippetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rilevazione					20	%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20	96		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza	e stake	eholder													
	9 1	Protocollo di ricerca	Presentazione di un protocollo al comitato di bioetica	Presentazione del protocollo	entro il 31/12/2020				10,71%	ó		documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Il protocollo è stato inviato per mero errore materiale solo in data 18/02/21 al Comitato di Bioetica.	tenuto conto della qualità del protocollo o che lo stesso è stato comunque inviato, si considera l'obeittivo raggiunto	e obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale proce	essi produttivi, relazionali e organizzativi						20%	á 20	%				

'R3651800 - EMERGENZA URGENZA OSIMO		Responsabile : Direttore Dipartime					BUDGET 2020						SISTEMA F	PREMIANTE	
SETTORE	PROGR.	. OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALENZA BIENNALE NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termir	i quantii 1	tativi, di efficienza, appropriatezza e Emergenza Covid	qualità) Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,59%	40%			RENDICONTAZIONE GIA ¹ EFFETTUATA DAL DMPO	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,63%				RELAZIONE DI RENDICONTAZIONE A CARICO DELLA DOTT.SSA TREGAMBE	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥ 75%				5,63%				La valutazione dell'obie dall'OIV ma, per mo	ttivo è stata effettuata o otivi di privacy, non si co	dal Valutatore di I istanza e municano le risultanze
	4	contrasto al fenomeno del sovraffollamento	protocollo medico-inf. Per trattamento urgenze minori cod. bianchi (bassa intensità di cure) see & treat	elaborazione di protocollo condiviso	elaborazione del protocollo entro il 30/11/2020 50% sul totale dei codici bianchi tempo di attesa <=120 minuti negli ultimi 2 mesi				5,63%				Codici Bianchi tot 149, trattati entro 120' tot 119 79,8% Vedi allegato	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Attivazione procedura gestione del dolore in triage	applicazione protocollo	compilatione scheda valutazione trattamento del dolore	trattamento di almeno 50% dei pazienti	37%	. 0%		5,63%				A causa dell'emergenza covid e della tipologia di pazienti che si presentavano al Pronto soccorso, spesso con diagnosi di Covida 9, non e stato possibile sottoporre al pasito por sottoporre al pasito del trattamento dolore in quanto si doveva procedere inimediatamente all'applicazione delle procedure previste per prazienti infetti.	la grave situzione dell'emergenza covid ha alterato tempi e possibilità di somministrare la scheda. Pertanto si ritiene l'obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	6	fast track per urgenze minori di chiara pertinenza monospecialistica	creazione di un protocollo condiviso con i servizi specialistici	elaborazione di protocollo condiviso	elaborazione del protocollo entro il 30/11/2020 50% dei codici verdi minori e bianchi				5,63%				Codici Bianchi tot. 149, trattati entro 120' tot. 119= 79,8% Codici verdi tot 1035, trattati entro 60' tot. 948= 86,6% (ved allegato)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	Progetto certificazione	Messa in campo attività per la certificazione	Ottenimento certificazione	vedi indicatore				5,63%				vedi relazione direzione sanitaria	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8	Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridure le infezioni correlate all'assistenza	Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	1- Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. 2- Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di ritivazione dei dilezzione.					20%			A carico ufficio infermieristico Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	9	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20%			a carico ufficio infermieristico Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e	10	Presentazione di un protocollo sui						10,63%				proposta di individuazione di parametri di laboratorio per la valutazione gravità dello scompenso cardiaco (vedi allegato)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale	processi produttivi, relazionali e organiz	zativi					20%	20%					

ECONOMICO SOCIALI	Responsabile : Dr. Lamura Direttore Dipartimento: dr.						BUDGET 2020	,							SISTEMA PREMIANTE		
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	I RAGGIUNGIMENTO AI FINI	PESO DIRIGENZA	COMPARTO	AGGILIN	VALENZ A BIENNAL E	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				11,3%	40%					Prowederà Controllo di Gestione tramite relazione dottssa Tiziana Tregambe. Tuttavia, si può anticipare chelo scorso dicembre la pagina web propria U.O. è stata inviata completa di tutti i dati	raggiunto	obiettivo raggiunto
	2		partecipazione a bandi di ricerca a progetto	Inronoste di	almeno 5 proposte di progetto a committenza esterna				11,3%	15%					Sono state presentate le seguenti proposte: 1) HERO (Erasmus+); 2) SUSTAIN (AAL); 3) Programma Annuale Regione Marche per l'Invecchiamento Attivo; 4) PREFER (Erasmus+); 5) MAME (Horizon/2020); 6) METIS (Horizon/2020); Un-Sol-Inno (Fondazione Cariverona); 7) Counte-Act (Horizon/2020); 8) CONVIDa (Horizon/2020); 2020); 8) CONVIDa (Horizon/2020); 2020); 8) CONVIDA (Horizon/2020); 9) Convinción Care	obiettivo	obiettivo raggiunto
	ini quantitativi, di efficienza, appro	ppriatezza e qualità)													TIZZII SI PARININ I PARININ DA SINI TIZZII NI SINI NI SI PARININ SI ALP		
Prospettiva dell'utenza	e stakeholder 3	AreaIRCCS-Produzione Scientifica	produzione Scientifica	IFM	30,00	72,00	240%	100%	36,3%	15%					Lo scorso settembre risultavano già raggiunti oltre 50 punti di IFM (vedi allegato B).		obiettivo raggiunto
	4	AreaIRCCS-Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	attività anno	relazione sullo stato dell'arte dell'implementazione delle attività				21,3%	10%					Le attività previste sono state implementate (cfr. allegato C).		obiettivo raggiunto
innovazione dei processi produttivi e		Scheda di valutazione i	ndividuale processi produttiv	ri, relazionali e orga	nizzativi				20%	20%							

.N			bile : Dr. ssa D'Ambrosio ttore Dipartimento:				BUDGET 2020								SISTE	MA PREMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIV O	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIME NTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZ A	PESO COMPART O	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTR OLLO DI GESTIO NE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini d	quantitat	ivi, di efficienza, approp	riatezza e qualità)														
	1	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,55%	40%				inviata 3	elazione inviata entro il 11.12.2020 (allegato 1 elazione COVID)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,55%						i veda relazione dr-ssa regambe	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	totale degli operatori sanitari	≥ 75%				5,55%						La valutazione dell'obiettiv dall'OIV ma, per motiv	o è stata effettuata dal Va di privacy, non si comuni	
ļ	4	Continuità trattamento riabilitativo	Trattamento fisioterapico in tutti i doppi festivi	% di giorni doppi festivi in cui viene garantito il trattamento fisioterapico	Superiore al 90% con attestazione direttore UO				5,55%					6	doppi festivi fatti su 6 resenti nell'anno	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Miglioramento qualità ed appropriatezza	Valutazione disfagia in tutti i pz. Stroke Unit per cui viene fatta la richiesta	% pz valutati in Stroke Unit secondo protocollo	superiore al 70% con attestazione dei 2 direttori di UUOO (Neurologia e Medicina Riabilitativa)				5,55%						i. 29 valutazioni richieste n. 17 pz. Valutati n. 2 pz. non alutati perché deceduti	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	Trattamento riabilitativo del pavimento pelvico	Trattamento riabilitativo di tutti pazienti codice A segnalati dalle UU.OO. Di Neurologia, Urologia, Chirurgia Generale, Gastroenterologia	% di pazienti trattati inviati dalle UUOO coinvolte	Almeno il 90% dei pazienti segnalati nell'ultimo trimestre 2020				5,55%					2	n. 24 pz. cod. "A" prenotati n. 13 pz. cod. "A" trattati n.1 pz. od. "A" in attesa	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	Ricerca Traslazione sul Trattamento riabilitativo Parkinson	Trattamento riabilitativo ambulatoriale secondo protocollo concordato di tutti pazienti segnalati con protocollo concordato dell'ambulatorio fisiatrico e della UO di Neurologia con codice di priorità A o B	Numero di pazienti trattati secondo protocollo inviati dalle UUOO coinvolte	Almeno il 90% dei pazienti segnalati nell'ultimo trimestre 2020				5,55%					2	i. 22 pz. prenotati con cod. A" o "B" nell'ultimo trimestre 1020 n. 20 pz. Trattati n. 2 pz. inunciano	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8	Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	1- Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti iglene attivati	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. 2- Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rilevazione.					20%				c	ibiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	9	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20%				c	biettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e sto	akeholde	r I															
	10	Valorizzazione del parco tecnologico	Progettazione di piani di attività scientifica per l'utilizzo delle attrezzature acquisite con fondi conto capitale	Predisposizione di un piano di attività scientifica ed il coinvolgimento dell'area sanitaria per l'utilizzo del laboratorio Youse	report alla direzione con il piano predisposto				5,55%					c	issendo un obiettivo ondiviso con altre unità perative, fare riferimento a µuanto inviato dall'Ing. Rossi.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	11	AreaIRCCS-Ricerca corrente e finalizzata	Implementazione attività come da gantt di	Implementazione attività anno corrente compatibilmente con la ripresa dell'attività di ricerca clinica legata alla pandemia	relazione sullo stato dell'arte dell'implementazione delle attività				5,55%						i invia report in allegato allegato 2 attività scientifica)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
iviluppo e innovazione dei		Schoda di veluterio	individuals process are dettinically assessed	ganizzativi					200	2071							
orocessi produttivi e organizzativi		scrieda di valutazione	individuale processi produttivi, relazionali e or	gamzzativi	_		_	_	20%	20%		[

R3611000 - SOC CLINICA DI MEDICINA INTERNA E GERIATRIA AN	Responsabile : P Direttore Dipart						BUDGET 2020	0							SISTEMA PREMIANTE		
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE		PESO COMPAR TO	AGGIU	ZA	NOTE	NOTE CONTROLL O DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quo		enzo, appropriatezza e que Cure palliative	implementazione percorso dignity care	Presentazione relazione sullo stato dell'arte del percorso	entro il 31/12/2020				10,8%						AVVIATO PERCORSO ; INDIVIDUAZIONE CRITERI PER RICHIESTA DI CONSULENZA; ATTIVAZIONE E PARTECIPAZIONE A CORSO FORMATIVO A CURA DELLA RESPONSABILE SERVIZIO DIGNITY CARE DELSA ANR LOMBRANO A CUI FANNO CAPO I DATI PER LA RENDICONTAZIONE (NUMERO DI CONSULENZE RICHIESTE; PROTOCOLLI OPERATIVI E PARTECIPAZIONE A CORSO FORMATIVO PER GLI OPERATORI SANITARI	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	2	Compilazione SDO	compilazione SDO entro 30 gg dalla dimissione Rispondenza di tutte le	invio dati SIS DMPO	90% a partire dal mese di settembre				10,8%						FAR RIFERIMENTO ALL DMPO	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	3	Emergenza Covid	azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,8%	40%					FAR RIFERIMENTO ALL DMPO	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	4	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,8%						FAR RIFERIMENTO ALL URP DR.TREGAMBE	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	5	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	<u>≥</u> 75%				5,8%						La valutazione dell'obiettivo è stata effettuata i ma, per motivi di privacy, non si co		
	6	Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	1- Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	ar-musione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. 2- Controllo del					20%					obiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	7	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	punti di raccolta	1006/ 1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20%					oblettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stake	holder																
	8	AreaIRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	20,00	25,00	125%	100%	10,8%						Vedi elenco pubblicazioni 2020 nell'allegato 1	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione inc	dividuale processi produttivi,	, relazionali e organizzativi					20%	20%					COMPILATE E VALIDATE FIRMATE DAI DIRIGENTI MEDICI RISPETTIVI		

'R3611300 - SOSD DEGENZA POST-ACUZIE AN		Responsabile : Direttore Dipai					BUDGET 2020								SIST	EMA PREMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE		PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNT VE	VALEN ZA BIENN ALE	NOTE	NOTE CONTROLL O DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termir	ni quantit	ativi, di efficienza, appropriatezza	e qualità)														
	1	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				36,0%	40%	ó				vedi relazione allegata COVID	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				6,0%					documenta zione pervenuta in data 30/12/202 0	Si veda relazione inviata in data 30/12/2020	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥ 75%				6,0%						La valutazione dell'obiet dall'OIV ma, per moi	tivo è stata effettuata da iivi di privacy, non si com	
	4	Miglioramento organizzativo per il processo interno "gestione delle richieste di ricovero provenienti dalle altre UO" basato su criteri di efficienza, appropriatezza e qualità	Monitoraggio dell'attività di consulenza DPA tramite richieste inviate al Dirigente dell'UO	Report sul monitoraggio relativo all'ultimo quadrimestre effettuato da inviare alla Direzione	entro il 31/12/2020				16,0%						vedi relazione allegata RICHIESTE	obiettvo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Cure palliative	implementazione percorso dignity care	Presentazione relazione sullo stato dell'arte del percorso	entro il 31/12/2020				16,0%						vedi relazione allegata DIGNITY	obiettvo raggiunto	obiettivo raggiunto
		Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	1- Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. 2- Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rillevazione					20%	6				obiettvo raggiunto	obiettvo raggiunto	obiettivo raggiunto
		Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20%	ć				obiettvo raggiunto	obiettvo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e	stakehol	der				1											
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale	processi produttivi, relazionali e org	ganizzativi					20%	20%	6						

'R3630500 - SOSD RESIDENZA SANITARIA RIABILITATIVA AP			Dr. Giannandrea partimento: dr.				BUDGET 2020								SISTI	EMA PREMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIV O	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	DIRIGE	PESO COMPAR TO	RISORSE	VALENZA VE BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1* ISTANZA	VALUTAZIONE 2* ISTANZA
Processi interni (in termini quantitativ	i, di effici	enza, appropriatezza e qualit Emergenza Covid	tà) Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,6%	409	6			documentazio ne pervenuta in data 30/12/2020	DOCUMENTAZIONE REDATTA DALLA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,6%						VEDERE RELAZIONE DELLA DOTT.SSA TREGAMBE TIZIANA	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥ 75%				5,6%					documentazio ne pervenuta in data 30/12/2020		e stata effettuata dal Valutatore o privacy, non si comunicano le ris	
	4	Supervisione modello organizzativo	Protocollo e procedura collegati al rischio covid-19	stesura di un protocollo esteso alla fondazione e al Comune	entro il 31/10/2020				5,6%						IL PROTOCOLLO E' STATO REDATTO IN DATA 22-04- 2020	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Dimissione protetta in uscita	Applicazione procedura per dimissione protetta in uscita	Compilazione e registrazione delle schede in cartella	Corrispondenza tra certificati e registrazione in cartella con controllo a campione della DMPO sul 5% delle cartelle				5,6%	5%	6			documentazio ne pervenuta in data 30/12/2020	LE SCHEDE DI DIMISSIONE PROTETTA IN USCITA SONO STATE COMPILATE E SONO CONSERVATE IN CARTELLA CLINICA. ESEGUITO CONTROLLO A CAMPIONE SUL 5% DELLE CARTELLE	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	Prevenzione e cura decubiti	Compilazione scheda prevenzione e cura decubiti	Applicazione procedura decubiti	Completezza della scheda sui 5% delle cartelle controllate a campione				5,6%					ne pervenuta in data 30/12/2020	LE SCHEDE DI PREVENZIONE E CURA DECUBITI SONO STATE COMPILATE ED E' STATO EFFETTUATO UN CONTROLLO A CAMPIONE SUL 5% DELLE CARTELLE	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	Revisione del progetto riabilitativo		REVISIONE ED APPLICAZIONE DELLE SCALE ENTRO IL 30/11/2020	Completezza delle scale di valutazione somministrate sulle cartelle delle persone ricoverate da novembre a dicembre 2020				5,6%					ne pervenuta in data	ESEGUITA REVISIONE DEL PROGETTO RIABILITATIVO CON INTEGRAZIONE DELEL SCALE DI VALUTAZIONE	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8	Revisione della procedura di info-formazione	Integrazione del percorso di dimssione a domicilio assistita	Revisione da inviare alla Direzione Sanitaria	Entro il 30/11/2020				10,6%					documentazio ne pervenuta in data	ESEGUITA REVISIONE DELLA PROCEDURA DI INFO- FORMAZIONE CON INTEGRAZIONE DEL PERCORSO DI DIMISSIONE A DOMICILIO ASSISTITA	Tenuto conto che il percorso è stato redatto e che lo stesso è stato consegnato per le vie brev alla Direzione Sanitaria come dalla stessa confermata,si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	i obiettivo raggiunto
	9	Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rilevazione					209	6				RELAZIONE INVIATA AL CONTROLLO DI GESTIONE	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	10	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					159	6				RELAZIONE INVIATA AL CONTROLLO DI GESTIONE	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione indi	l viduale processi produttivi, relazionali e	organizzativi					20%	209	6				DOCUMENTAZIONE INVIATA ALLA DOTT.SSA MARINUCCI		

'R2901500 - SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO CT		Responsabile : Dr. Co Direttore Dipartime					BUDGET 2020							SISTEMA PI	REMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNT IVE	VALENZ A BIENNA LE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico- finanziario																
	l mini quar	titativi, di efficienza, appropriatezza e d	qualità)													
	1	come modificate dalla DGRM n 703/2019 come combinato disposto	gestione delle liste di prenotazione con segnalazione	stesura procedura in collaborazione la DAPO	procedura entro il 31 12 2020				5,7%				Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Lettera Prot.n.42675/2020 del 30.11.2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	2	percentuale DRG 088 extra-lea in acuzie uguale o inferiore al 2019	Verifica SDO cod.680	Corretta attribuzione dei codici ICD9-CM	Percentuale di DRG 088 extra- lea ≤ 12%				5,7%				Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Tabella riassuntiva Percentuale di DRG 088 extra-lea 8.58%	raggiungimento	Obiettivo raggiunto
	3	Consolidamento del percorso di gestione del farmaco ad alto livello di attenzione	Verifica dei punti di stoccaggio e detenzione di elettroliti concentrati e farmaci a temperatura controllata	Esecuzione di verifiche ispettive interne nei punti di stoccagggio e detenzione identificati	Corretta conservazione degli elettroliti concentrati e dei farmaci a temperatura controllata e tenuta sotto controllo delle temperature dei frigorifieri dedicati limitatamente al II Semestre 2020				10,7%				Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Verifiche Verbali del 20.10.2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	4	Ampliamenti presa in carico paziente "fragile"	accreditamento 18 posti letto cure sub acute dalla Regione Lombardia	Realizzazione accreditamento	Entro il 31/12/2020				10,7%	15%			Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Relazione Sanitaria Prot.n.38175/2020 del 11.11.2019 - Assetto organizzativo funzionale Regione Lombardia 03.03.2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	5	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Pubblicazione dei tempi di attesa	Pubblicazione mensile	100% dei dati pubblicati e aggiornati entro il 20 del mese successivo a partire dal mese di ottobre 2020				5,7%	10%			Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Relazione rendicontazione Prot.n.43280/2020 del 03.12.2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	6	Sito internet aziendale		Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,7%	5%			Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Aggiornamenti inviati all'URP in data 28.10.2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	7	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,7%	50%			Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Relazione Sanitaria Prot.n.46736/2020 del 30.12.2020 - Aggiornamento Piano Organizzativo per la riapertura della attività sanitarie del 23.11.2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder														25.21.2020		
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale proce	essi produttivi, relazionali e organ	izzativi					20%	20%						

'R2601500 - SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO CS		Responsabile : Dr. F	Pranno				BUDGE	Т 2020							SISTEMA PREMIANTE		
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO Obiettivi in Termini effettivi	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE NO	TE NO	IOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario																	
Processi interni (in termini quantitati	vi, di effic	ienza, appropriatezza e qualità)															
	1	certificazione di qualità	messa in campo di tutte le attività necessarie al mantenimento della certificazione di qualità	valutazione positiva dell'Ente certificatore	vedi indicatore				10,8%	6 209	6				obiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	۷ ا	miglioramento della qualità dell'assistenza	coordinamento per una esatta compilazione della SDO	Idirigenza medica delle	verbali delle riunioni firmate dai dirigenti medici				10,8%	6					obiettivo raggiunto - inviati verbali riunione dirigenti medici del 3/11/2020 e del 9/12/2020. Verifica risultati sul portale SEC_SISR regione Calabria	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	3	miglioramento della sicurezza	aggiornamento del DVR in collaborazione con il MC e il RSPP	elaborazione e pubblicazione del documento	vedi indicatore				10,8%	6			5%		obiettivo raggiunto - riunione tenutasi via skipe con le altre sedi in data 21/11/2020. Relazione sull'aggiornamento del DVR da inviare da parte del RSPP	documento e non	Obiettivo al 50% raggiunto e al 50% non valutabile
	4	Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Pubblicazione dei tempi di attesa	Pubblicazione trimestrale	100% dei dati pubblicati e aggiornati entro il 30 del mese successivo alla fine del trimestre. A partire dal mese di ottobre 2020				20,8%	6 209	6				obiettivo raggiunto - vedi relazione DAPO n. 43280 del 03/12/2020 a firma del dirgente amministrativo dr Paola Fioravanti		obiettivo raggiunto
	5	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				10,8%	6 209	6			imentazione pervenuta ata 29/12/2020	obiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
		·	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				15,8%	6 209	6			imentazione pervenuta sta 28/12/2020	obi ettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholde	r																
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi p	l oroduttivi, relazionali e organizzativi						20%	6 209	6				obiettivo raggi unto		

'R3611500 - SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDI AN FE AP		Respor	osabile : Dr. Luzi				BUDGET 2	2020							SISTEMA PRE	MIANTE	
SETTORE	PROGR	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico- finanziario	1	Autorizzazione strutture ospedaliere	coordinamento autovalutazione Presidi Ospedalieri INRCA Marche	report autovalutazione	report trasmesso alla Direzione entro 30/11/2020				5,0%						Si veda documentazione allegata	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Processi interni (in te	rmini q	uantitativi, di efficienza, appr Prevenzione Corruzione e Trasparenza	opriotezza e qualità) Pubblicazione dei tempi di attesa	Pubblicazione mensile	pubblicati e aggiornati entro il 30 del mese successivo. 100% dei dati ex post				5,0%						Si veda documentazione allegata	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	3	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,4%	5%	i.				Si veda documentazione allegata	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	4	Cruscotto Aziendale	Presentazione gruppo di lavoro e Gant-t di progetto	Presentazione gruppo di lavoro e proposta progettuale	entro il 31/12/2020				5,5%						Si veda documentazione allegata	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	5	PAC Rimanenze	Aggiornamento e Revisione del PAC scorte e rimanenze a seguito delle modifiche apportate alla procedure di gestione delle stesse.	Aggiornamento procedura PAC e rimanenze ai fini della certificabilità della stessa	Procedura certificata entro il 31/12/2020				5,5%	5%	Š			documentazione pervenuta in data 31/12/2020	Si veda documentazione allegata	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	6	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				15,4%	40%	i.			documentazione pervenuta in data 31/12/2021	Si veda documentazione allegata	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	7	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	<u>></u> 75%				5,4%	5%	S					ttivo è stata effettuata d tivi di privacy, non si con	
	8	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	verifiche sul rispetto delle procedure emenate per la prevenzione COVID su tutti i presidi INRCA Marche	report sulle verifiche espletate su i presidi INRCA Marche				5,4%	10%	5				Si veda documentazione allegata	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	9	Emergenza Covid	Applicazione DGR Regionale in tema di gestione dell'emergenza (DGR 272/2020, DGR 320/2020, DGR 414/2020, DGR 523/2020, DGR 750/2020, DGR 751/2020, DGR 827/2020)	Relazione/reportistica da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				5,4%	5%	5			documentazione pervenuta in data 31/12/2021	Si veda documentazione allegata	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	10	Nuova regolamentazione regionale CVPS	predisposizione documento istruttorio per determina INRCA sulla composizione Comitato CVPS e applicazione nuova regolamentazione regionale CVPS	Invio documento istruttorio alla Direzione sanitaria	entro il 31/08/2020				5,5%						Si veda documentazione allegata	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	11	Coordinamento Attivazione percorso di Cure Palliative rivolte al paziente anziano fragile	percorso formativo rivolto al personale sanitario dei reparti geniartio del Presidio di Ancona sulle cure Palliative Simultanee di supporto alla cura attiva nel paziente in fase avanzata che non risponde più al consueti approcci di cura e di Cure Palliative di Fine Vita nel paziente in fase finale di malatita e di vita.	incontri di formazione rivolti al personale sanitario dei reparti geriatrici del POR di Ancona da parte del Servizio Dignity Care.	esecuzione incontri formativi entro il 31/12/2020				5,5%					documentazione pervenuta in data 21/12/2020	Si veda documentazione allegata	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	12	Attività Certificazione	organizzazione attività propedeutiche al mantenimento della certificazione di tutti i presidi INRCA in collaborazione con la Direzione Sanitaria	elaborazione del piano di verifiche interne in collaborazione con il Dipartimento delle Professioni Sanitarie e la Direzione Scientifica	invio del piano elaborato alla Direzione Sanitaria				5,5%	10%					Si veda documentazione allegata	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	13	Area IRCCS	Produzione Scientifica	IF	4,00	11,00	275%	100%	5,5%						Si veda documentazione allegata	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'uten	a e sta	keholder															
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione indiv	iduale processi produttivi, relazionali e orga	nizzativi 					20%	20%							

R2901000 - SOC PNEUMOLOGIA CT		Responsabile : Direttore Dipartime					BUDGET 2020						SISTEMA PRE	MIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA		RISORSE VALENZA AGGIUNT BIENNAL IVE E	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in tern	nini quan	titativi, di efficienza, appropi	riatezza e qualità)												
	1	Miglioramento della continuità assistenziale tra INRCA POR Casatenovo e ASST Lecco/Merate	realizzazione team multidisciplinare interaziendale	coinvolgimento di più specialisti in team multidisciplinatre	Partecipazione al almeno 4 incontri entro il 31/12/20				11%			Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Incontri: Gennaio (15-29) Febbraio (12 26) Marzo (4) Luglio (15-29) Settembre (2-16-23) Ottobre (7 14-21-28) Dicembre (2-9-16)	Si conferma il raggiungimento	Obi etti vo raggi unto
	2	Sede formativa Università Bicocca Monza	proposta di convenzione con la scuola di specialità Malattie apparato respiratorio	attivazione convenzione per partecipazione rete universitaria	presenza alla riunione della rete universitaria annuale				11%			Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Università Bicocca mail del 21.12.2020 con allegata convenzione	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	3	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				36%	40%		Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Relazione Sanitaria Prot.n.46736/2020 del 30.12.2020 - Aggiornamento Piano Organizzativo per la riapertura della attività sanitarie del 23.11.2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	4	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				11%			Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Aggiornamenti inviati all'URP in data 03.11.2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obi etti vo raggi unto
	5	Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	1- Sviluppo di Interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	Diffusione dei sistemi informativi per il rispetto delle raccomandazioni OMS e ministerali al ivello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rilevazione.					20%		Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Relazione finale del 31.12.2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	6	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Definizione di apposita check-list di Autoverifica 2- Check-list mensile di autoverifica compilata ultimo trimestre 2020					20%		Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Relazione finale del 31.12.2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza	e stakeh	older													
	7	AREA IRCCS	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	almeno 1 lavoro pubblicato	3 lavori pubblicato con 9,6 IF	100%	100%	11%			Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Pubblicati n.3 lavori scientifici	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obi ettivo raggi unto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione indi	viduale processi produttivi, relazio	onali e organizzativi					20%	20%					

R2901100 - SOC PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA/CENTRO DI RICERCA PATOLOGIE TO		Responsabile : Dr. Co Direttore Dipartimento: D					BUDGET 2020								SISTEMA PREI	MANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI			PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini		Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				36,3%	40%				Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Relazione Sanitaria Prot.n.46736/2020 del 30.12.2020 - Aggiornamento Piano Organizzativo per la riapertura della attività sanitarie del	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	2	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	dei contenuti sul sito aziendale					31,3%					Documentazione pervenuta in data		Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	3	Migliorare le azioni di prevenzione	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	1: Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero.	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali ai piello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rilevazione					20%				norvonuta in data	Relazione finale del 31.12.2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	4	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	Definizione di apposita check-list di Autoverifica Check-list mensile di autoverifica compilata ultimo trimestre 2020					20%					Relazione finale del 31.12.2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e s	stakeholde	r															
	5	IArea IRCCS	sottomissione al comitato etico del progetto di ricerca sPATIALS 3	formulazione richiesta al comitato etico	sottomissione del progetto entro il 31/12/2020				6,3%					Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	L'emergenza Covid non ha permesso di rispettare il cronoprogramma: non per nostra volontà.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	5	ArealRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	almeno 1 pubblicazione	3 lavori per un totale di 9,6 IF	100%	100%	6,3%					Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Pubblicati n.3 lavori scientifici	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale proc	essi produttivi, relazionali e organiz	zativi					20%	20%							

R2900100 - SOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA CT			sabile : Dr. Serra artimento: dr. Colombo					BUDGET 2020							SISTEMA F	REMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quantito	ativi, di eff	Miglior.offerta utenza	Aumento delle prestazioni Reg,ECG dinamic	N° esami	300 esami				11%					Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Durante il 2020, nonostante la chiusura dovuta all'emergenza COVID, sono stati eseguiti 390 ECG holter	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	2	Miglior.offerta utenza	Aumento delle prestazioni classe D	N° esami	90 prestazioni				11%					Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	eseguiti 123 prestazioni in classe D	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	3	mantenimento collaboraz.	consul.Merate	attività di consulenze	vedi indicatore				11%					Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	L'attività di consulenza è stata regolarmente effettuata in base alle richieste pervenute	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	4	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i prowedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				36%	40%				Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Si fa riferimento alla documentazione inviata da parte della Direzione Medica di Presidio contenente tutte le attività svolte durante il 2020 così come disposto dai provvedimenti regionali ed aziendali	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	5	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				11%					Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Durante l'anno sono state apportate modifiche riguardanti la telemedicina (al momento non più effettuata); le restanti informazioni relative alle attività svolte dalla UOSD sono rimaste invariate	Aggiornamento effettuato	Obiettivo raggiunto
	6	Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero.	Diffusione dei sistemi informativi per il rispetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. 2- Controllo del					20%				Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Si fa riferimento alla documentazione inviata il 31/12/2020 al Dirigente delle Professioni Sanitarie di Area Infermieristica	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
December of Miles	7	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";		1- Presenza del 100% dei punti di raccolta	1- Definizione di apposita check-list di Autoverifica 2- Check-list mensile di autoverifica compilata ultimo trimestre 2020					20%				Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Si fa riferimento alla documentazione inviata il 31/12/2020 al Dirigente delle Professioni Sanitarie di Area Infermieristica	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakehold Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	ici	Scheda di valutazio	ne individuale processi prod	uttivi, relazionali e orga	I anizzativi				20%	20%							

'R2901900 - SOSD LABORATORIO ANALISI CT	Responsabile : D Direttore Dipartimen					BUDGET 2020								SISTEMA P	REMIANTE	
SETTORE PR	OGR. OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	AGGIUNTI	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quontitotivi,	di efficienzo, oppropriatezza e qualità) 1 Mantenimento qualità	Produzione codici LogicalObservationIdentifiersN amesandCodes (L.O.I.N.C.) per produzione referti strutturati	Produzione codici L.O.I.N.C per gli esami fatti in sede nelle sottobranche di : Chimica Clinica, Ematilogia, Coagulazione e Sierologia Infettiva	da effettuare entro 31/12/2020				16,3%					Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Generato codici LO.I.N.C per gli esami fatti in sede nelle sottobranche di : Chimica Clinica, Ematologia, Coagulazione e Sierologia Infettiva	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Rafforzamento presenza del Laboratorio sul territorio	Aggiornamento via web su tematiche emergenti di Medicina di Laboratorio	produzione di un documento	da effettuare entro 31/12/2020				16,3%					Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Pubblicato sul portale del P.O.R. di Casatenovo, area Laboratorio Analisi, documento "Biotina: Inerferenze negli Immunodosaggi	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	3 Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				36,3%	40%	6			Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Relazione Sanitaria Prot.n.46736/2020 del 30.12.2020 - Aggiornamento Piano Organizzativo per la riapertura della attività sanitarie del 23.11.2020	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	4 Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				11,3%					Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Aggiornamenti inviati all'URP in data 26.10.2020	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Migliorare le azioni di 5 prevenzione delle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero.	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposis schede di rilevazione					20%	Ó			Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Relazione finale del 31.12.2020	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Definizione di apposita check-list di Autoverifica	10				20%	6			Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Relazione finale del 31.12.2020	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	7															
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individ	luale processi produttivi, relazior	nali e organizzativi					20%	20%	6						

'R2902100 - SOSD RADIOLOGIA CT		Responsabile Direttore Dipartim						BUDGET 2020							SISTEMA PREM	MANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO Obiettivi in termini effettivi	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE Aggiuntive	VALENZA Biennale	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini qu	antitativi,	, di efficienza, appropriatezza	e qualità)														
	1	miglioramento dei servizi offerti	stabilizzazione attività MOC	riapertura della diagnostica post-covid	ripresa esami entro il 31/12/2020				16,33	К				Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	MOC riaperta a ottobre 2020	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	2	Integrazione SISS Regione Lombardia	produzione, validazione e firma digitale dei referti	numero dei referti validati e firmati digitalmente dal responsabile UOSD	98% dei referti ambulatoriali validati firmati				16,31	%				Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Obiettivo pienamente raggiunto (vd. Documentazione)	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	3	Emergenza Covid	canitaria Covid in coerenza con i	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				36,3	% 40 ⁹	%			Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Come da relazione inviata alla Direzione Sanitaria	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	4	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendal	Entro il 31/12/2020				11,31	16				Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Consultare il sito aziendale per verificare gli aggiornamenti		Obiettivo raggiunto
	5	Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	1- Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati						20'	¥.			Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Come da documentazione inviata	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	6	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19",			1- Definizione di apposita check- list di Autoverifica 2- Check-list mensile di autoverifica compilata ultimo trimestre 2020					201	%			Documentazione pervenuta in data 02/02/2021	Come da documentazione inviata	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e sta Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e			iduale processi produttivi, relaziona	li e organizzativi					209	К 20	v.				Eseguito		

'R2601900 - SOC LABORATORIO ANALISI CS		Responsabile : Dott.ssa Direttore Dipartiment					BUDGET 2020							SISTEMA	PREMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE ONTRO DI GESTION		VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario																
Processi interni (in termini quant	itativi, di	efficienza, appropriatezza e qualità)													
	1	Mantenimento Certificazione	Azioni per raggiungere Obiettivo	Valutazione Positiva Ente Certificatore	Vedi Indicatore				21,0%	20%				Si veda relazione della Direzione Sanitaria	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	2	Miglioramento assistenza	Implementazione di un nuovo screening per tutto il personale del Presidio tramite dosaggio quantitativo IgM e IgG per Covid-19	avvio attività	Vedi Indicatore				16,0%				documentazion pervenuta in di 30/12/2020		Si conferma il e raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	3	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				16,0%	20%			documentazior pervenuta in di 30/12/2020	Si veda relazione della	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	4	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				16,0%				documentazion pervenuta in di 30/12/2020	Si yada ralaziona dalla	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	5	Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni	nneratori nel risnetto delle	Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali al livello di Dipartimento, Unità operative e Servi. 2º Controllo dei 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rilevazione					20%				Obiettivo raggiunto vedi nota n.46448del 28/12/2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	6	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20%				Obiettivo raggiunto vedi nota n.46448del 28/12/2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeho	older														1	1
	7	Area IRCCS-Ricerca corrente e a progetto	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente	Report trimestrale sullo stato di avanzamento dei progetti da inviare alla direzione Scientifica				11,0%				documentazion pervenuta in di 30/12/2020		Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale	processi produttivi, relazionali e orga	anizzativi					20%	20%				Obiettivo raggiunto		

'R2600500 - SOC GERIATRIA CS			: Dr. Corsonello nento: dr.ssa Carlino				BUDGET 2020							SISTEMA PREI	MIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO		% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZ A BIENNA LE	NOTE NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termir		tativi, di efficienza, appropriotezza Mantenimento Certificazione	e qualità) Azioni per raggiungere Obiettivo	Valutazione Positiva Ente Certificatore	Vedi Indicatore				10,7%	20%	5		documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Nel corso del 2020 l'UOC Geriatria è stata sottoposta a visita dell'Ente Certificatore con conferma della certificazione. L'obi etivo risulta essere pertanto raggiunto	Si conferma i I raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	2	Indicatori ministeriali	Corretta rilevazione della rilevazione del dolore	% SDO in ricovero ordinario e riabilitativo in cui sia compilato il campo della rilevazione del dolore	100% dal mese di Aprile 2020				15,7%				documentazione pervenuta in da ta 30/12/2020	Come da indicatore ministeriale, la rilevazione del dolore è inserita nel 100% delle SDO relative ai ricoveri dell'UOC Geriatria. La documentazione è disponibile sull'analisi de dati SDO a disposizione del Controllo di Gestione. L'Obiettivo risulta pertanto essere raggiunto	Si conferma i I raggiungi mento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	3	Assistenza	Attivazione cartella ambulatoriale elettronica ambulatorio Geriatria	Cartella elettronica ambulatoriale attivata e in uso	entro 31/12/2020				15,7%				documentazione pervenuta In data 30/12/2020	L'attivazione della cartella ambulatoriale è stata richiesta ed ottenuta in data 19/11/2020 (Allegato 1. Comunicazione presente sul sistema SIS). L'obiettivo risulta essere raggiunto.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	4	Migliorare le azioni di prevenzione dellle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	1- Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dail'OMS e dai Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	Diffusione del sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS eministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative Servizi. Z-Control ol GIO% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rilevazione					20%	5			Il personale dell'UO è stato informato sul rispetto delle raccomandazioni. Il monitoraggio dei punti di igienizzazione è stato eseguito mediante scheda di checklist per autovalutazione	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	5	linee di indirizzo "Fase 2 Covid-	1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - Unità Operativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20%	5			predissosta e condivisa L'autocertificazione COVID 19 la cui disponibilità risulta presente nei punti di accesso alla struttura è stata raccolta attraverso il modulo P09.DS.M02 per il 100% delle prestazioni. La	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	6	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				15,7%	20%	5		documentazione pervenuta in da ta 30/12/2020	Una serie di azioni mirate alla gestione dell'emergenza COVID riguardo alle attività di ricovero ed ambulatoriali	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
		Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				10,7%				documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Le informazioni relative all'UO di Geriatria per l'aggiornamento del sito aziendale sono state inviate nei tempi previsti. Si veda allegato 3 - comunicazione avvenuta ricezione del materiale. L'obiettivo risulta essere raggiunto	Si conferma i I raggiungi mento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e	stakeho. 8		Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente	Report trimestrale sullo stato di avanzamento dei progetti da inviare				5,7%				documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Entrambi i progetti di ricerca corrente (Farmacoepidemiologia	Si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto
	9	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	alla direzione Scientifica	29,4	98%	100%	5,7%					eeriatrica e Malattia La produzione scientifica risulta comprendere 13 pubblicazioni con IF complessivo > 30 (si veda	dell'obiettivo Si conferma il raggiungi mento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individua	le processi produttivi, relazionali e organizza	! ativi	-				20%	20%				icompressivo > 30 isi veda		

'R2600700 - SOSD Riabilitazione intensiva CS		onsabile : Dr. Pranno Dipartimento: dr. Carlino				BUDGET 2020							SISTEMA PREMIANTE		
SETTORE	PROGR. OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE O BIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO		% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quantita	tivi, di efficienzo, appropriatezzo e qu Miglioramento della qualità dell'assistenza	nolitò) monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita al nursing specifico: monitoraggio delle ferite chirurgiche in pz operati per frattura di femore	elaborazione di un protocollo con apposita scheda	utilizzo e inserimento della scheda nella cartella clinico assistenziale del 100% dei Pz operati nell'ultimo bimestre 2020			10,7%						obiettivo raggiunto - nota prot. 34868 del 14/10/2020 trasmessa al DSI Vesprini per l'approvazione, la scheda è stata inserita nelle CC infermieristiche a far data 01/11/2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	2 Mantenimento Certificazione	Azioni per raggiungere Obiettivo	Valutazione Positiva Ente Certificatore	Vedi Indicatore			10,7%	20%					obiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	3 Indicatori ministeriali	Corretta rilevazione della rilevazione del dolore	%SDO in ricovero ordinario e riabilitativo in cui sia compilato il campo della rilevazione del dolore	100% dal mese di Aprile 2020			10,7%						obiettivo raggiunto - la scheda VAS (Visual Analogical Scale) è stata compilata nella misura del 100% delle SUT (scheda unica di terapia)	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza	ampliamento delle scheda di valutazione dei Pz all'ingresso nel reparto con l'inserimneto di una ulteriore scheda di valutazione RCS-E 13° versione	elaborazione della scala	utilizzo e inserimento della scheda nella cartella clinico assistenziale del 100% dei Pz operati nell'ultimo bimestre 2020			10,7%						obiettivo raggiunto - il Set di scala di valutazione, ampliato con l'iserimento della scala RCS è stata inviata con nota 36042 del 22/10/2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	5 I-mergenza ('owid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020			15,7%	20%					obiettivo raggiunto - vedi relazione trasmessa alla DSI con nota 46448 del 28/12/2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obi ettivo raggi unto
	6 Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020			10,7%					documentazione pervenuta in data 30/12/2020	obiettivo raffiunto - vedi relazione dr Tregambe	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	Migliorare le azioni di 7 prevenzione delle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	1- Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	1- Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. 2- Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rillevazione				20%					obiettivo raggiunto - vedi relazione trasmessa con nota 46676 del 30/12/2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - Unità Operativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori		1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento				20,0%					obiettivo raggiunto - vedi relazione trasmessa con nota 46676 del 30/12/2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakehold	er														
	9 Area IRCSS	Implementazione Laboratorio di Riabilitazione Robotica nel POR Cosenza	Presentazione progetto a bando finalizzato all'acquisizione delle attrezzature	Entro il 31/12			10,7%						obiettivo raggiunto - vedi relazione trasmessa con nota 820 del 10/01/2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obi ettivo raggi unto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione indi	viduale processi produttivi, relazionali e organizza	ativi				20%	20%					obiettivo raggiunto		

'R2601800 - SOC ANESTESIA E TERAPIA DEL DOLORE / CENTRO RICERCA GESTIONE		Responsabile Direttore Dipartii	: : Dr. Scarpelli mento: dr. Carlino				BUDGET	2020							SISTEM	A PREMIANTE	
SETTORE	ROGR	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	%LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi intemi (in termini quantitativi,	1	ATTUAZIONE PROGETTO Palliazione Geriatrica grosseuzione 2019) * Step	riorganizzazione interna, individuazione responsabile	coinvolgimento MMG accordo	Individuazione Team e responsabile, preparazione e avvio Corso cure palliative				16	%				documentazione pervenuta in data 30/12/2020	obbiettivo raggiunto. Si veda allegato 1		obiettivo non raggiunto
		Mantenimento Certificazione	Azioni per raggi ungere Obiettivo	Valutazione Positiva Ente Certificatore	Vedi Indicatore				16	% 20%					Si veda relazione della Direzione Sanitaria	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	3 (Corso divulgativo di BLSD aggiornato secondo le attuali normative	Avvio del corso	realizzazione parte teorica entro il 31/12/2020				16	%				documentazione pervenuta in data 30/12/2020	La parte teorica è stata avviata. Si veda allegato	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	4 8		Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i prowedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				16	% 20%				documentazione pervenuta in data 30/12/2020	obbiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	5 5	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				16	%				documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Si veda relazione della Dr.ssa Tregambe	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	6	Migliorare le azioni di prevenzione delle	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni pel l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infetioni correlate all'assistenza	1- Sviluppo di Interventi operativi per il rispetto, da parte degli	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, lività operative e Servizi. 2- Controllo del 100% dell'attiva zione dei punti giene mani tramite apposite schede di rilevazione.					20%					obi ettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7		1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - Unità Operativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione ind	lividuale processi produttivi, relazi	ionali e organizzativi					20	% 20%							

'R2602100 - SOC RADIOLOGIA CS			le : Dr. Carlino nento: dr.ssa Carlino			BUC	GET 2020							SISTEMA PREMIANTE		
SETTORE	PROGR	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPA RTO	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi intemi (in termini quo	antitativ	vi, di efficienza, appropriatezza e q	ualità)													
		Miglioramento qualita' ed appropriatezza delle prestazioni	Tempestivita' risposta prestazioni	prestazioni interne rx erogate e refertate entro 24-48 ore prestazioni tac interne erogate e refertate entro 48/72 ore	Verifica a campione da parte della DMPO				10,7%					E' stata effettuata la verifica a campione sulle cartelle radiologiche da parte della DMPO.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	2	Attivita' di formazione	Organizzazione seminario interno sugli aspetti radiologici nella diagnosi del Covid 19	Seminario interno	partecipazione 70% dirigenti medici e realizzazione entro dicembre 2020				10,7%				documentazione pervenuta in data 15/12/2020	E' stato tenuto il seminario su "Aspetti clinico-radiologici nella diagnosi del Covid-19" nelle date del 26.11.2020 e del 10.12.2020 a cui ha partecipato tutto il personale medico.		obiettivo raggiunto
	3	Prestazioni TAC	Miglioramento dell'organizzazione del servizio	numero prestazioni TAC per esterni	Mantenimento delle prestazioni TAC rispetto a quanto effettuato nel 2019 considerata l'emergenza Covid				10,7%					Obiettivo raggiunto in quanto il numero di Tac esterne e ¹ stato maggiore rispetto a quello dell'anno precedente.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	4	Mantenimento Certificazione	Azioni per raggiungere Obiettivo	Valutazione Positiva Ente Certificatore	Vedi Indicatore				10,7%	20%				E' avvenuta la valutazione positiva dell'Ente certificatore	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	5	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				15,7%	20%				Sono state messe in campo tutte le azioni necessarie all'emergenza Covid come da relazione inviata entro la data prevista da parte della DMPO.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	6	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				10,7%					Obiettivo raggiunto: Il file di aggiornamento del nuovo sito INRCA e' stato inviato entro i tempi richiesti e ricevuto in data 4.12.2020 come da attestato dell'urp.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
		Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero	1- Diffusione del sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. 2- Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rilevazione					20%				obiettivo raggiunto	Si conferma il raggi ungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	8	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid- 19";	1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - Unità Operativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20%				obiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stak	eholder	r		-		_										
	9	Area IRCCS-Ricerca corrente e a progetto	Implementazione attività come da gantt di progetto		Report trimestrale sullo stato di avanzamento dei progetti da inviare alla direzione Scientifica				10,7%					Obiettivo non valutabile: L'implementazione dell'attività di ricerca richiesta quale supporto ai lavori in corso presso il nostro Presidio non e' stato possibile portarla avanti a causa dell'emergenza Covid con conseguente mancanza dei pazienti. come riferito dal dott. Corsonello (per lo studio sullo	Obiettivo non valutabile	Obiettivo non valutabile
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individua	le processi produttivi, relazionali e organiz	zzativi					20%	20%				Sono state compilate le schede di valutazione del personale entro i tempi stabiliti.		

'R2602500 - SOSD LABORATORIO FARMACOEPIDEMIOLOGIA GERIATRICA CS		Responsabile : Dr Direttore Dipartimento					BUDGET 202	0					SISTEMA PRE	MIANTE	
SETTORE	PROGR	. OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	%LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	%LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE		RISORSE VALI AGGIUNTIVE BIEN	ENZA INALE NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termini quantitativi	i, di effic	ienza, appropriatezza e qualità)													1
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															1
	1	Produzione scientifica	Miglioramento della performance	Realizzazione prima fase di incremento produzione scientifica POR Casatenovo (in collaborazione con UOC Pneumologia Casatenovo). Punteggio IF Casatenovo	8	Ąę	120%	100%	21,25%			dcoumentazione pervenuta in data 30/12/2020	Net corso del 2020 si e proseguita la collaborazione con il POR di Casatenovo con la pubblicazione di n. 3 pubblicazioni per un IF complessivo pari a 8.561. L'obiettivo risulta pertanto essere raggiunto. Si veda Netaria. 1	raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	2	Mantenimento Certificazione	Adoni per raggiungere Obiettivo	Valutazione Positiva Ente Certificatore	Vedi Indicatore				16,25%				Nei corso del 2020 il PUI di Cosenza è stato sottoposto a valutazione da parte dell'ente certificatore con esito positivo. L'obiettivo risulta pertanto essere raggiunto e la documentazione è disnonibila presso le		obiettivo raggiunto
	3	Coordinamento Linea di	Attività di Coordinamento della Linea di RC2 e aspetti specifici della Rete Ageing	Organizzazione degli incontri trimestrali con il personale dell'UO	Almeno un incontro trimestrale a partire dal secondo trimestre 2020				21,25%			dcoumentazione pervenuta in data 30/12/2020	Nel corso del 2020 l'UO ha partecipato a numerosi incontri di coordinamento e programmazione (si vedi allegato 1). Si allegano n 3 verbali (allegato 2). L'obiettivo risulta essere		obiettivo raggiunto
	4	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	40	129,6	324%	100%	21,25%				L'UO ha prodotto n. 26 pubblicazioni per un IF complessivo > 40. L'obiettivo risulta	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individua	ele processi produttivi, relazionali e	e organizzativi					20% 209	5					

R3620100 - SOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA FM	Responsabile : Dr. N Direttore Dipartimento: dr.					BUDGET 2020								SISTEMA PR	EMIANTE	
SETTORE PR	OGR. OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO Obiettivi in termini effettivi	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1°	VALUTAZIONE 2°
Processi interni (in termini quantitativi, c	i efficienzo, appropriatezza e qualità)														-	
	1 Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i prowedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc		entro il 31/12/2020				35,71	6 405	6			documentazione pervenuta in data 24/10/2020	Si veda relazione della direzione sanitaria	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2 Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,75	Ó					Si veda relazione della dott.ssa Tregambe	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzali agli operatori sanitari	e Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥ 75%				5,75	Ó							dal Valutatore di I istanza Imunicano le risultanze
	4 Formazione/informazione	Formazione su "interpretazione dell'Elettrocardiogramma" per operatori sanitari	Produzione brochure educativa Covid malattia cardiovascolare	Produzione entro 15/10 Somministrazione ai pazienti da novembre				10,71					documentazione pervenuta in data 14/10/2020	Il documento è stato prodotto e distribuito ai pazienti ambulatoriali	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5 Sistema qualità	Redazione della P.O. "esecuzione del test cardiopolmonare"	P.O. "esecuzione del test cardiopolmonare"	entro 31/12/2020				5,75	6					il documento è stato redatto e si allega	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6 Emergenza Covid	Stesura protocollo per la rapida identificazione del paziente Covid	Presentazione protocollo	entro il 31/10/2020				5,75	í					il documento è stato redatto e si allega	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni 7 ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	1- Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	Diffusione dei sistemi informativi per ili ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a li vello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rilevazione					207	6				obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					209	(0				obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	Attività scientifica	Presentazione articoli scientifici	IFM	1	1,6	80%	80%	10,75	í					Collaborazione al progetto STRENGHT pubblicato dalla dott.ssa Lattazio	Obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo raggiunto all'80%
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produtti	vi, relazionali e organizzativi						20:	6 205	6						

'R3620500 - SOC GERIATRIA FM		Responsabile : Direttore Dipartime	Dr. Postacchini nto: dr. Postacchini				BUDGET 2020								SISTEMA F	PREMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in		totivi, di efficienza, appropriate.	zo e qualità) Integrazione attività con Area Vasta 4	attività al CDCD integrato di Montegranaro	report delle attività CDCD di Montegranaro				10,7%						eseguito e raggiunto(il report annualale de CDCD integrato con l'area vasta con sede a Montegranaro è stato inviato)	Si conferma il	Obiettivo raggiunto
	2	dimissioni protette	aumento attività assitenziali per appropriatezza richiesta dimissioni protette	Richiesta e compilazione SIRTE	report attività con coinvolgimento del 100% dei medici				5,7%					documentazione pervenuta in data 30/12/2020	eseguite il report è stato spedito e ogni medico della UO ha eseguito il SIRTE (obiettivo Raggiunto)		Obiettivo raggiunto
	3	Integrazione INRCA-ASUR	Attività di consulenza verso le UUOO Asur Av4 Ospedale Murri	attivitazione consulenza geriatriche primo bimestre 2020	Report entro 31/12/2020				5,7%					documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Tutte le valutazioni geriatriche in altre UUOO dell'OC è stato inviate (obiettivo eseguito e Raggiunto)	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	4	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,7%	40%					Relazione già inviata nei tempi previsti (allegata)	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	5	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro II 31/12/2020				5,7%					documentazione pervenuta in data 30/12/2020	il materiale per aggiornnare il sito aziendale è stato inviato alla dr.ssa tragambe nei tempi previsti , materiale inviato anche al Cogest)	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	6	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operator sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥ 75%				5,7%							l'obiettivo è stata effetti ma, per motivi di privacy risultanze	
		Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	1- Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartiment Unità operative e Servizi. 2- Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene man tramite apposite schede di rilevazione					20%					Valutaziene eseguita dal dr. Marinelli	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	8	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covi 19";		1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura d 10% per Dipartimento					20%					Valutaziene eseguita dal dr. Marinelli	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'ut	tenza e stakeholo					+								documentazione		-	+
	9	AreaIRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	6,	00 11,6	193%	100%	10,7%					pervenuta in data 30/12/2020	l'IPF è stao di 11,60		Obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individi	uale processi produttivi, relazionali e organizza	ativi					20%	20%					valutazione eseguita e spedita alla dr.ssa Palermi e al Cogest (allegata)		

'R3620700 - SOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE FM		Responsabile : Dr Direttore Dipartimento					BUDGET 2020								SISTEMA P	REMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quantita	tivi, di effi	cienza, appropriatezza e qualità)															
	1		Ricovero di pazienti complessi con polifratture > di 2) da fraglità	N° pazienti anno	20 pazienti in un anno				10,8%						sono stati ricoverati solo 11 pz a causa della chiusura del reparto da mese di novembre per covid. Si allega elenco dei pz.	Si confermano le motivazioni presentate dal Responsabile UO e si ritiene l'obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	2	Migliorare l'assistenza riabilitativa attaverso modelli innovativi terno-assistiti	trattamento ambulatoriale di pazienti affetti da patologie neurodegenerative con la strumentazione robotica	numero di pazienti ambulatoriali trattati in un anno	N° 5 pazienti ambulatoriali anno				10,8%						sono stati trattati n. 23 pazienti con patologia neurodegenerativa. Si allega elenco dei pazienti.	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Marchigiano per migliorare la presa in carico e la	Organizzazione di Focus Group per patologie di interesse riabilitativo intensivo (Parkinson- Osteoporosi) con esperti dei centri di riferimento aperto anche ai MMG	N° incontri annui	1 incontro annuo				10,8%						E' stato Organizzato il 5 Dicembre 2020 un Webinar su " Osteoporosi malattia dell'età pediatrica che si manifesta in età geriatrica". Si allega brochure	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,8%	40%					Si veda relazione relativa della Direzione Medica di Presidio	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,8%						Si veda relazione della Dr.ssa Tregambe	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	h l	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥ 75%				5,8%							obiettivo è stata effettua a, per motivi di privacy, risultanze	
	/ /	Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero.	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rilevazione					20%					Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8		1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - Unità Operativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori		Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20%					Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholde Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi,	 relazionali e organizzativi				- N 0	_	20%	20%							

'R3620800 - SOSD PERCORSI CLINICI INTEGR DERMATOLOG CON AV E TERRIT. FM		Responsabile Direttore Dipartime					BUDGET 2020								SISTEMA PREMI	ANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini q	uantitativi	i, di efficienza, appropriatezzo	e qualità)														
	1	Percorso Mici	Slot dedicati per pazienti affetti da MICI	Slot settimanali per pz affetti da MICI	Almeno 2 slot settimanalii da settembre 2020				10,8%						aggiunti ed effettuati SONO STATI AGGIUNTI A CUP SLOT IN AGENDA SPECIFICA PER PSORIASI S SLOT ALLA SETTIMANA DAL MESE DI SETTEMBRE COME SI PUO VERIFICARE DAI DATI DELLA DAPO	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Percorso Psoriasi	Slot dedicati per pazienti affetti da Psoriasi	Slot settimanali per PIC Psoriasi	Almeno 2 slot settimanali da settembre 2020				10,8%						aggiunti ed effettuati SONO STATI AGGIUNTI A CUP SLOT IN AGENDA SPECIFICA PER MICI 2 SLOT ALLA SETIIANAN DAL MESE DI SETTEMBRE COME SI PUO VERIFICARE DAI DATI DELLA DAPO	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Integrazione con il Territorio	Educazione Sanitaria Diffusione del Servizio, Diffusione Brand INRCA nella scuola primaria dell'AV4		Almeno 2 corsi di formazione entro il 31/12/2020				10,8%						impossibiltà di effettuazione causa emergenza COVID NEPPURE IN fad	obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	4	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,8%	40%					CONFRONTARE CON RELAZIONE Direzione Medica di Presidio	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO		Entro il 31/12/2020				5,8%						tutto rimasto invariato rispetto alle notizie precedenti SI CONFRONTI RELAZIONE DOTTORESSA TREGAMBE	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥75%				5,8%						La valutazione dell'obiettivo è st ma, per motivi di pr	ata effettuata dal Valutai ivacy, non si comunicano	
	7	Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere		1- Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. -Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rilevazione					20%					Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Dipartimento					20%					Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e sta. Sviluppo e innovazione dei	kenolder																+
processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione indiv	iduale processi produttivi, relazional	li e organizzativi					20%	20%							

R0103300 - DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE		Resp	onsobile : Dr. Marinelli				BUDGET 2020						SISTEMA I	PREMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO A FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	ALENZA ENNALE NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario		1.00	-Pail												
Processi interni (in termi		vi, di efficienzo, appropriatezza e qu Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,8%	6 5%		Documentazione pervenuta in data 29/12/2020	La documentazione è stata inviata alla dr.ssa Tregambe	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	2	Attività Certificazione	mantenimento della certificazione di tutti i	elaborazione del piano di verifiche interne in collaborazione con il Dipartimento delle Professioni Sanitarie e la Direzione Scientifica	invio del piano elaborato alla Direzione Sanitaria				5,8%	6 5%		Documentazione pervenuta in data 29/12/2020	La documentazione è stata inviata in data 29/12/2020		obiettivo raggiunto
	3	Miglioramento dell'assistenza	relativi al modello assistenziale INRCA nelle UU.00. di degenza del Dipartimento Medico e	Espletamento di attività legate alla sperimentazione/messa a punto dell'informatizzazione relativamente alla GESTIONE ASSISTENZIALE presso il POR di ANCONA	Entro il 31/12/2020 1 incontro con almeno 2 infermieri/coordinatori per UO coinvolta nell'implementazione del modello e relazione da inviare alla Direzione Sanitaria e Scientifica				10,8%	6 10 ^M		Documentazione pervenuta in data 29/12/2020	La documentazione è stata inviata in data 29/12/2020		obiettivo raggiunto
	4	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc		entro il 31/12/2020				35,8%	á 40%		Documentazione pervenuta in data 29/12/2020	La documentazione è stata inviata in data 29/12/2020		obiettivo raggiunto
	5	PAC Rimanenze	Aggiornamento e Revisione del PAC scorte e rimanenze a seguito delle modifiche apportate alla procedure di gestione delle stesse.	Aggiornamento procedura PAC e rimanenze ai fini della certificabilità della stessa	Pocedura certificata entro il 31/12/2020				10,8%	6 10%			La documentazione è stata inviata dalla dr.ssa Nardi in data 31/12/2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
		antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	<u>></u> 75%				10,8%	6 10%					uata dal Valutatore di I , non si comunicano le
Prospettiva dell'utenzo e Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi			l dividuale processi produttivi, relazionali e organi	I zzativi					20%	6 20%					

COORDINAMENTO PROFESSIONI RIABILITATIVE	Respons	abile : Dr. Nicolai				BUDGET 2020							SISTEMA P	REMIANTE	
SETTORE I	PROGR. OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI In termini effettivi	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FIN DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termini quantitativi, di	efficienza, appropriatezza e qualità)														
	1 Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				119	10%			documentazione pervenuta in data 07/12/2020	Si veda relazione della Dottoressa T.Tregambe	Si conferma il raggiungimento degli obiettivi	obiettivo raggiunto
		Implementazione del protocollo attraverso predisposizione di attività di teleriabilitazione	Presentazione proposta di attività di teleriabilitazione	Entro il 30/11/2020				119	10%			documentazione pervenuta in data 27/10/2020	La proposta è stata presentata in data 27-10- 2020. Allegato obiettivo 2		obiettivo raggiunto
	3 Emergenza Covid	If OVID IN CORPENZA CON I	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				367	40%				Si veda relazione della Direzione Sanitaria	Si conferma il raggiungimento degli obiettivi	obiettivo raggiunto
	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥ 75%				119	10%					ttivo è stata effettuata d tivi di privacy, non si con	sil Valutatore di I istanza e nunicano le risultanze
Prospettiva dell'Iutenaa e stakeholder	Attività Fisioterapica a fini di ricerca	Analisi dell'attività fisioterapica con studio dei dati presenti nella cartella clinica informatizzata	Predisposizione documento di analisi	Documento da inviare entro il 31/03/2021 alla Direzione Scientifica e Sanitaria				119	10%				Il documento è stato inviato alla Direzione Scientifica in data 03-03- 2021. Si veda allegato obiettivo 5	Si conferma il raggiungimento degli obiettivi	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione in	dividuale processi produttivi, relaziona	ali e organizzativi					209	20%						

'R2410600 - SOC CENTRO PATOLOGIA CLINICA E TERAPIA INNOVATIVA AN			sponsabile : Prof. Procopio ore Dipartimento: Dott. Paci			ı	BUDGET 2019						SISTEMA PRE	MIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTI VO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENT O OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quant	itativi, d	i efficienza, appropriatezza	e qualità)												
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	1	Diagnostica		Dosaggio plasmatico di marcatori molecolari mediante kit	>100				16,3%	20%			effettuato il dosaggio	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	2	Area IRCCS- Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	70	91,34	130%	100%	21,3%	20%			Obiettivo raggiunto. Il CPCTI ha pubblicato numerosi lavori scientifici su riviste internazionali per un totale di IFM > 70, come risulta dall' elenco allegato.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	3	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				21,3%	20%			Si veda relazione Direzione Medica	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	4	Sito internet aziendale		Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				21,3%	20%			Obiettivo raggiunto. Il contenuto relativo al CPCTI aggiornato. Relazione inviata in data 22.12.2020 alla dott.ssa Tregambe.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione ind	ividuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						20%	20%					

'R3611200 - FARMACIA AN		Responsabile : Dot Direttore Dipartimen					BUDGE	T 2020					SISTEMA PREMI	ANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	RAGGIUNGIM ENTO OBIETTIVI IN	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico- finanziario							12334180								
Processi interni (in	termini quant	titativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)													
	1	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari		copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	<u>≥</u> 75%				5,6%				La valutazione dell'obiettivo è stat ma, per motivi di priv	a effettuata dal Valutator acy, non si comunicano le	
	2	Emergenza Covid		Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,6%	40%			L'UO di Farmacia Clinica da marzo 2020 ha gestito tutte le emergenze COVID sia per i nosocomi INRCA sia pe tutti gli enti della Regione (sia sanitari sia enti non sanitari)		obiettivo raggiunto
	3	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale					5,6%				Si veda relazione della dr.ssa Tregambe	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	4	PAC Rimanenze	Aggiornamento e Revisione del PAC scorte e rimanenze a seguito delle modifiche apportate alla procedure di gestione delle stesse.	Aggiornamento procedura PAC e rimanenze ai fini della certificabilità della stessa	Procedura certificata entro il 31/12/2020				5,6%			documentazione pervenuta in data 31/12/2020	Si veda relazione della dr.ssa Nardi.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	5	Riconciliazione farmacologica per inibitori di pompa	farmacologica degli inibitori di pompa al fine	stesura documento presentazione di programma awio incontri	stesura del documento e conduzione di un incontro entro 31/01/2021				5,6%				A causa dell'emergenza COVID e del coinvolgimento in altre attività a livello regionale sempre legate all'emergenza COVID, I'UO non ha espletato tale obiettivo essendo impegnato in attività emergenziali.	Si condivide la non valutabilità dell'obiettivo in considerazione del sempre maggior ruolo assunto nel mese di gennaio 2021 dall'UO come Hub Regionale per la campagna vaccinale, come confermato anche dalla Direzione Sanitaria	obiettivo non valutabile
	6	Riconciliazione farmacologica per il ferro per uso ev	Analisi della letteratura sulla riconciliazione farmacologica del ferro per ev al fine della stesura del documento di indirizzo	stesura documento	entro il 31/01/2021				5,6%				A causa dell'emergenza COVID e del coinvolgimento in altre attività a livello regionale sempre legate all'emergenza COVID, l'UO non ha espletato tale obiettivo essendo impegnato in attività emergenziali.	Si condivide la non valutabilità dell'obiettivo in considerazione del sempre maggior ruolo assunto nel mese di	obiettivo non valutabile
	7	studio scientifico sul trattamento dei pazienti con Cannabis	Stesura protocollo in collaborazione con l'UNIVPM di Ancona e con la SOSD Terapia del Dolore dell'Ospedale Riuniti per la stesura di un protocollo di studio per le patologie indicate dal Ministero della Salute	Stesura protocollo	entro il 31/01/2021				5,6%				Tale progetto è stato realizzato in data 15 marzo 2021. Il posticipo della data è dovuto a molteplici motivazioni: oltre l'impegno dovutca all'emergenza COVID, non è stata possibile reperire la materia prima necessaria allo studio (Cannabis tipo FM2) utile alla stesura del protocollo stato su di contenuto del protocollo era stato condiviso nel 2020 in riunioni con il dr. Umberto Maria Ripani, della Terapia del dolore dell'AO di	Viste la documentazione prodotta e la valutazione del Responsbaile di UO, si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	8	Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	1- Sviluppo di Interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione	dei sistemi informativi pe il ripsetto delli					20%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	9	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e ligitatori.	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Vernica a zi campione della correttezza					20%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'ute	enza e stakeho	older													
		AreaIRCCS-Ricerca corrente H E A		Implementazione attività anno corrente	relazione sullo stato dell'arte dell'implemen azione delle attività		I E	N C	10,6%	O N		A G	Come attestato dalla relazione allegata, l'UO Farmacia Clinica ha collaborato alla realizzazione del progetto relativo alla Linea 2 della Ricerca Corrente dal titolo "La disfagia nel pagiente angano" con Responsabile Scientifico Prof.Cherubini.	Tale attività è stata confermata dalla Direzione Scientifica. L'obiettivo si considera raggiunto.	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e		Scheda di valutazione individuale processi pr	oduttivi, relazionali e organizzativi						20%	20%					

'R3611900 - SOC LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MOLECOLARI AN			Dott. Agostinelli imento: Dott. Paci			BUDGET 20.	10						SISTEMA PREMIANT	E	
SETTORE Economico-finanziario	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2* ISTANZA
Economico-jinatulario Processi interni (in termi	ni quanti	trotivi, di efficienza, appropriatezza e qualità) Nell'ambito del progetto certificazione condivisione tra il Laboratorio del PDR Alectona e PO Osimo delle schede informative destinate a utenti esterni relative alla raccolta, conservazione e trasporto di campioni biologici	Incontri tra gli operatori in servizio nei due Presidi per aggiornare, integrare e condividere la documentazione attualimente in uso.	Aggiornamento, stesura e condivisione delle schede informative per uttenti esterni e/o UU.00. della modalità di nacotta di fed, urine, liquido seminale, campioni di origine respiratoria, tamponi, ecc	Almeno 10 schede informative/moduli validati e attivi nei due Presidi Entro ili 31/05/2020				5,6%				Obiettivo raggiunto: vedere file (.zip)_"Budg 2020_UO Luboratorio Analisi Allegato 1_Informative varie esami lab analisi"	et Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	2	Definizione di profili unid relativi al liquido cafalorazindiano e dei liquidi cavitari (pleurid, ascitid e drenaggi addominale)	ncontri con le UU.00.Interessate per definire il protocolo di gestione delle analisi liquorai e i di attri liquidi crivatra per garantire rifultizo delle campi pile iffica e specificare le caratteristiche di tutte le fasi del processo analistico. Per grantire l'appropriattare della richiesta e il gestione adeguata delle analisi e necessario che il liboratorio condivida con le UU.00.1 protocoli e gi algaritmi diagnostri applicata i forneti ci opericii questi diagnostici e che definica il gannello degli esami disponibili dei relativi tempi i referenzia il pannello degli esami disponibili dei relativi tempi i referenzia.	Stesura profili omogenei	Almeno 3 profili validati e attivi entro 30/09/2020				5,6%				Obiettivo raggiunto: vedere file "Budget 2020, UO Laboratorio Analisi, Allegato 2_Verbale profili unici liquidi cavitari"	Si conferma il raggiungimento dell'oblettivo	obiettivo raggiunto
	3	Condivisione in ambito di Laboratorio unico delle non conformità (NC) relative alla fase pre- analitica/analitica/post-analitiva e registrazione delle stesse e del trattamento attraverso il Sistema informativo di Laboratorio (LIS)	Incontri tra gij operatori in servizio nei due Presidi per produrre un elenco di NC ed implementare le stesse sul US	Segnalazione delle NC. Utilizzo di una serie di commenti codificati the consistono in una breve firase che descrive la NC ("Campione molisator," campione no nidonoe," disertificazione insufficiente, "diureri non segnata", exc. i che premettono al contempo si al comunicazione tempettiva al reparto del problema sia Festrazione dai US del numero di NC suddiviso per tipologia.	Presentazione di una relazione entro il 31/12/2000 che evidenzi la tracciabilità delle registrazioni ed estrazione dati attraverso il US				5,6%				Vedere file "Budget 2020_UO Laboratorio Analisi, Allegato 3, tracciabilità della registrazione delle NC ed estrazione dati attraverso il LIS"	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	4	Progetto certificazione (per il Presidio di Osimo)	Messa in campo attività per la certificazione	Ottenimento certificazione	vedi indicatore				5,6%				Vedere relazione della Direzione Sanitaria	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	5	Revisione modello organizzativo generale	Sviluppo di un progetto di laboratorio "alternativo" a quello attuale finalizzato ad un miglioramento del rapporto costi / benefici	Presentazione del progetto	Entro il 31/12/2020				5,6%				Obiettivo raggiunto: vedere file "Budget 2020_UO Laboratorio Analisi_Allegato 4_LOTTI GARA LABORATORIO"	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	6	Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedalliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevensione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2.100% dei punti igene attivati	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite apposite schede di rilevazione					20%			Valutazione Marinelli	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	7	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di Inditzzo "Fase 2 Covid-19";	Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - Uniti-Operativa - Servizi di riferimento il distanziamento sociale di utenti e violatori	1: Presenza del 100% del punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocerificazione effettuate tramite schede, nella misura del 10% per Upartimento					20%			Valutazione Marinelli Messo in atto di una serie di misure relativa illa pandemia da SARS COV-2; procedura di autocorrificazione filetticula tramite schella comministrate a tutti gli utereli esterni afferenti ali Sala Prelievi, punto spop le rigiene delle mani, seguilettica cirzontale (lince per distazziamento utereli esterni) eventricale visibile a operation/pubblicio, unifrii di un registro per la predrutazione uterni (1 uteresis (porvetito ogii 10 minus))	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	8	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥ 75%				5,6%				La valutazione dell'obiettivo è stata effet motivi di privacy, no	tuata dal Valutatore di I ist n si comunicano le risultan	anza e dall'O(V ma, per ize
	9	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				30,6%	40%			Valutazione DMPO	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	10	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,6%				Vedere relazione della Dr.ssa Tregambe	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'Atenza e	stakeho	progetto Biobanca	Implementacione attividà Biobanca con parteripazione al diversi gruppi di lavoro di riferimento	'Verball di partecipazione ai gruppi che utilizzano la biobanca	ved indicatore				10,6%				control signature de la control de la contro	0	objettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e arganizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, s	relazionali e organizzativi						20%	20%	ОК				

'R3612100 - SOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI AN			nsabile : Dott. Paci ipartimento: Dott. Paci				BUDGET 2020						SISTEMA PR	EMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA		NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quantitativi,	di efficier	nza, appropriatezza e qualità)													
	1	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				10%			documentazione pervenuta in data 30/12/2020		Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	2	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35%	40%		documentazione pervenuta in data 30/12/2020	predisposizione adozione attivazione percorsi diagnostici pazienti Covid + come da documentazione inviata in DS in data 30/12	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
		Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	≥ 75%				5%			documentazione pervenuta in data 30/12/2020		tivo è stata effettuata dal tivi di privacy, non si com	
	4	Riorganizzazione attività UO	Definizione di un progetto di riorganizzazione dell'UO	Presentazione progetto di riorganizazione e integrazione per i presidi di Ancona, Osimo e Fermo	Entro il 31/12/2020				10%			documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Radiologia ed	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	5	Radiologia Interventistica	Sviluppo dell'attività di radiologia interventistica	N. prestazioni	Almeno 500				10%	5%		documentazione pervenuta in data 30/12/2020	obiettivo raggiunto, effettuate 581 prestazioni come da nota invita in DS del 30.12.2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	6	Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero.	Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a liwello di Dipartimento, Unità operative e Servizi. Controllo del 100% dell'attivazione dei punti igiene mani tramite aonosite schede di					20%			obiettivo raggiunto	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
	7	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativo - Servici di riferimento il distanziamento sociale di utenti e visitatori	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Verifica a campione della correttezza della procedura di					15%				Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
	8	Area IRCCS	Piano di fattibilità della Linea di Ricerca Traslazione sulla Radiologia Interventistica	Stesura del piano	Entro il 31/12/2020				10%			documentazione pervenuta in data 30/12/2020	obiettivo raggiunto, comunicato mediante nota inviata alla DIR SCIENT il 29/12/2020	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale	processi produttivi, relazionali e organizzativi						20%	20%			assegnazione item e redazione valutazione		

'R3613600 - SOSD MEDICINA NUCLEARE AN		Responsabile : Dott.s Direttore Dipartimen					BUDGET 2020						SISTEMA P	PREMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO Obiettivi in termini effettivi	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quantitativ	i, di effici	ienza, appropriatezza e qualità)													
	1	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i prowedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2020				35,8%	409	6	documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Aggiornamento del sito come da allegato mail del dr Paci di venerdì 18 dicembre 2020	Si comferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	2	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,8%	6		documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Si veda relazione allegata	Si comferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	3	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale agli operatori sanitari	Vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari	copertura vaccinale rispetto al totale degli operatori sanitari	<u>></u> 75%				5,8%					ettivo è stata effettuata o notivi di privacy, non si co	dal Valutatore di I istanza omunicano le risultanze
	4	Integrazione dei reperti morfologici e funzionali derivati da coronarografia e scintigrafia miocardica e individuazione di parametri o gruppi di parametri, evidenziati da un opportuno protocollo di studio, per la gestione del paziente	Produzione di un protocollo di studio sulla metodologia di valutazione dei risultati di sonitigrafie miocardidhe e coronarografie, di pazienti selezionati come ad "alto rischio cardiovascolare".	Redazione del protocollo	Entro il 31/12/2020				10,89			documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Si veda relazione allegata	Si comferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	5	Progetto PET	Presentazione di un progetto preliminare di utilizzo della PET Mobile	Presentazione progetto preliminare	Entro il 31/12/2020				10,89			documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Si veda relazione allegata	Si comferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	6	Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per l'igiene delle mani, al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza	Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione	1- Diffusione dei sistemi informativi per il ripsetto delle raccomandazioni OMS e ministeriali a livello di					209	6			obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	7	Organizzare e gestire l'assistenza nel rispetto delle linee di indirizzo "Fase 2 Covid-19";	1- Gestire l'assetto organizzativo e logistico a livello di Dipartimento - UnitàOperativa - Servizi di riferimento il distanziamento	1- Presenza del 100% dei punti di raccolta autocertificazione utenti e visitatori	1- Verifica a campione della correttezza della procedura di autocertificazione effettuate tramite schede, nella misura del					209	6			obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
	8	ArealRCCS-Ricerca corrente e ricerca finalizzata	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente	relazione sullo stato dell'arte dell'implementazione delle attività				10,8%			documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Si veda relazione allegata	Si comferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi p	roduttivi, relazionali e organizzativi						209	5 209	ó				

'R0101000 - PO SEGRETERIA DELLA DIREZIONE						BUDGET 2020							SISTEMA	PREMIANTE	
SETTORE	PROGR	. OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termini quantitativ	vi, di eff	ficienza, appropriatezza e qualità)													
	1	Prevenzione della corruzione e trasparenza		Aggiornamento e pubblicazione di tutte le informazioni richieste nel rispetto delle scadenze definite	pubblicazione sul sito al link Amministrazione Trasparente					209	, ,		obiettivo raggiunto come si evince dalla documentazione allegata in cui sono rappresentate tutte le attività svolte in tale ambito	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Rapporti tra Collegio Sindacale e UUOO	Invio elenchi determine al Collegio Sindacale con cadenza settimanale	Predisposizione note di trasmissione e relativi prospetti riepilogativi delle determine numerate nella settimana precedente	Trasmissione note al Collegio					209	á		obiettivo raggiunto come si evince dalla documentazione allegata in cui sono rappresentate tutte le attività svolte in tale ambito	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Rapporti interni tra la Direzione e il Collegio di Direzione	Gestione della procedura per le convocazioni ed adempimenti successivi del Collegio di Direzione	Predisposizione convocazione e verbali del Collegio di Direzione	Trasmissione della convocazione, invio del verbale debitamente sottoscritto					209	í		obiettivo raggiunto come si evince dalla documentazione allegata in cui sono rappresentate tutte le attività svolte in tale ambito	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	Rapporti tra Direzione Generale, OIV e Controllo di Gestione	Gestione della procedura per le convocazioni ed adempimenti successivi dell'OIV	Supporto alla predisposizione della convocazione e dei verbali dell'OTV	Trasmissione della convocazione all'Oiv, invio del werbale debitamente sottoscritto alla Direzione Generale					209	í		obiettivo raggiunto come si evince dalla documentazione allegata in cui sono rappresentate tutte le attività svolte in tale ambito	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	reperimento beni definiti da radiare riepilogati nell'allegato n. 2 della determina n. 9 GESLA del 29.06.2020	ricerca dei beni	predisposizione report sull'attività svolta in merito dal 27 luglio al 30 settembre	presentazione report entro il 31.12.2020				15,0%				obiettivo non raggiunto tenendo conto delle attività descritte nella relazione allegata che non completamente soddisfacenti rispetto all'indicatore e all'obiettivo	obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiu
	6	Esecuzioni e convenzioni con agenzie delle entrate Ufficio del Territorio per la stima del valore dei ben immobili di Ancona, Cagliari e Roma		awio procedure di stima del valore degli immobili di cui alle determine n.292/DGEN e n. 293/2020 DGEN	report entro il 31.12.2020				15,0%				obiettivo non raggiunto tenendo conto delle attività descritte nella relazione allegata che non completamente soddisfacenti rispetto all'indicatore e all'obiettivo	obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiur
	7	Attività tecniche	Espletamento attività assegnate e formalizzate dal Direttore Generale di supporto all'Ufficio Tecnico relativamente alla Direzione Lavori e coordinamento per la sicurezza per la ricostruzione RSA Appignano	vedi azione	report entro il 31.12.2020				45,0%				obiettivo raggiunto per le attiviti idescritte nella relazione	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produtti	ivi, relazionali e organizzativi						20%	209	6				

'R0101500 - SOC CONTROLLO DI GESTIONE, PROGRAMMAZIONE, FLUSSI INFORMATIVI		Responsabile : Do Direttore Dipartimento				BUDG	GET 2020						SISTI	EMA PREMIANTE	
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIV O	% LIVELLO DI RAGGIUNGIME NTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	MENTO AI	DIRIGEN	PESO COMPART O	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termin	i quantita	tivi, di efficienza, appropr	riatezza e qualità) IPopolamento e	Popolamento e											
	1	Sito internet aziendale	aggiornamento dei contenuti relativi alla	aggiornamento dei contenuti sul sito	Entro il 31/12/2020				10,0%	10%			Si veda relazione dr.ssa Tregambe	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Attività a progetto	Regolamento gestione attività a progetto	Stesura Regolamento approvato dalla Direzione	Entro il 31/12/2020				10,0%	20%			Il regolamento è stato inviato al Direttore Scientifico in data 01/01/2021	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	attività amministrativa nell'ambito dei progetti di ricerca	amministrativa nell'ambito dei progetti	Elaborazione di un file condiviso con la Direzione Scientifica, Amministrativa e le UUUOO Amministrative coinvolte nell'attività di ricerca	invio del file entro il 31/10/2020				10,0%	20%			La cartella condivisa è stata elaborata in data 24/09/2020 e presentata durante un incontro con le UUOO interessate in data 29/09/2020	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	PAC Rimanenze	Aggiornamento e Revisione del PAC scorte e rimanenze a seguito delle modifiche apportate alla procedure di gestione		Pocedura certificata entro il 31/12/2020				10,0%	10%			La procedura è stata trasmessa e inserita nel sistema qualità in data 31/12/2020	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Proposta nuovo sistema smivap	Presentazione proposta alle sigle sindacali	Presentazione proposta	entro il 31/10/2020				20,0%	15%			Il documentoè stata inviato alle sigle sindacali in data 17/09/2020 e presentato in seduta plenaria in data 07/10/2020 e in data 08/10/2020	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e	6 stakehold	Cruscotto Aziendale	Presentazione gruppo di lavoro e proposta progettuale	Presentazione gruppo di lavoro e proposta progettuale	entro il 31/12/2020				15,0%	5%			La proposta è stata iniviata alle Direzioni in data 31/12/2020. Il gruppo di lavoro è stato costitutto dalla Direzione Generale nel momento in cui ha assegnato il medesimo obiettivo a diverse UU.OO. che poi sono coloro che hanno presentato il documento finale rendicontato. Come si evince dalla mail di invio del documento effettuata dal dr. Di Ruscio alla Direzione Generale in data 31/12/2020 hanno fatto parte del citato gruppo di lavoro le seguenti UU.OO. DMPO POR Marche, UO Sistemi Informativi, UO Modelli Assistenziali, UO Ufficio Ricerca e Traferimento Tecnologico	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
sapata a den dienza e															
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		H E A Scheda di valutazione ir	L T H		D S	С	EN	I C	E 20%	20%	N	А	G I N	G	

'R0101700 - SOSD FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE		Responsabile : Dott.: Direttore Dipartimento:				BUDGET 2	020					SISTEMA PREMIANTE			
SETTORE	PROG R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO			% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE		PESO COMPARTO	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2º ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termini q	uantito	rtivi, di efficienza, appropriatezza e qualit	tà)									documentazione	Tutti i dati sono stati	Si conferma il	
	1	Trasparenza:aggiornamento del sito per la parte inerente l'UO	aggiornamento dei dati relativi all'UO e della modulistica	inserimento dati e modulistica aggiornata	v. indicatore di performance				20%	20%		pervenuta in data 14/12/2020 PROT. N. 44363/2020	inseriti e la modulistica è stata opportunamente aggiornata	raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	2	Utilizzo del nuovo sistema regionale informatizzato per la gestione dei corsi DAE(defibrillatore automatico esterno) ai sensi DGRM 161/2017	inserimento e gestione dei corsi DAE secondo il nuovo sistema dedicato	inserimento nel gestionale dei corsi DAE erogati, elenco istruttori e delle persone formate ed autorizzate	inserimento entro il 31/12/2020				15%	30%		documentazione pervenuta in data 11/11/2020 PRT. N. 39437/2020	Tutti i dati relativi ai corsi DAE erogati sono stati inseriti nel sistema informatizzato regionale	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	3	Adeguamento alla nuova release del sistema informatizzato ECM come da indicazioni regionali	gestione delle procedure secondo il nuovo sistema	informativa agli operatori della nuova modalità di accesso e di gestione adottata	Invio dell'informativa entro il 31/10/2020				15%	30%		documentazione pervenuta in data 27/10/2020 PROT. N. 36908/2020	Adeguata informativa è stata data a tutto il personale e il nuovo sistema è perfettamente operativo	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	4	Piano Formazione 2021	Presentazione alla Direzione di almeno 3 proposte di formazione a valenza aziendale sull'attività da realizzare nel 2021	Presentazione delle proposte alla Direzione	entro il 30/11/2020				10%			documentazione pervenuta in data 30/11/2020 PROT. N. 42593/2020	Sono state presentate n.4 proposte di attività formativa a valenza aziendale	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
		Piano Formazione 2021	Presentazione alla Direzione di una proposta di linee di sviluppo strategico della formazione	Presentazione proposta	Entro il 30/11/2020				15%			documentazione pervenuta in data 30/11/2020 PROT. N. 42660/220	E' stata trasmessa la proposta di linee di sviluppo strategiche della Formazione organiche alla mission dell'Ente	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e sta	kehold	er													
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi								20%	20%					

'R0101800 - SOSD SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE E MEDICO COMPETENTE		Responsabile : Dott. Direttore Dipartimento: Do		BUDGET 2020								SISTEMA PREMIANTE					
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA		
Economico-finanziario																	
Processi interni (in termini quai	ntitativi, a	li efficienza, appropriatezza e qualit	à)														
	1	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenut relativi alla propria UO	ti Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				10,00%	10%			Questo Servizio in data 21/12/2020 ha provveduto ad inviare a mezzo email alla Dott.ssa Laura Cassetta i contenuti per popolare / aggiornare il sito INRCA inerenti il SPPA (vedi allegato).	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto		
	2	Aggiornamento del Regolamento Aziendale della Sicurezza.		Approvazione Atto con l'azione di accettazione formali delle deleghe di Dirigenti ai fini prevenzionali e Preposti.	Presentazione atto relativo al nuovo regolamento entro il 30/11/200 alla Direzione, adozione atto entro il 31/12/2000 e attribuzione deleghe entro il 31/12/2020 in base all'attuale organigramma				25,00%	25%			II RSPPA, con riferimento alla nota protocollo n. 42630/SPP del 30/11/2020 (allegata) e compatibilmente dunque con quanto ivi richiesto in ordine alle competenze del SPPA, ha provveduto a collaborare/supportare i DRS nella ridefinizione/ficonferma delle deleghe di Dirigente al fini prevenzionali e del Preposti (rif. Prot. n. 0202546/JMPA risamissione atto di delega dei Dirigenti ai fini prevenzionali e Preposti e relativi allegati; agli atti c/o gli uffici del SPPA). Per la proposta dell'atto di approvazione delle deleghe risulta si attendesse la definizione dell' organigramma, non completata per cause non diemendenti dal SPP.	Vista la relazione inviata, considerando la lunga assenza per malattia del dirigente repsonsabile e le attività svolte in ambito covid da parte della funzione si ritiene non valutabile l'obiettivo	obiettivo non valutabile		
	3	Emergenza Covid	Monitoraggio sul rispetto dell'applicazione delle misure anti Covid in tutte le sedi dell'Istituto	presentazione relazione	Entro il 31/12/2020				25,00%	25%			Riguardo all'aggiornamento del Regolamento aziendale il RSPPA ha provveduto ad apportare lievi modifiche e a trasmettere bozza del testo alla Direzione.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto		
Prospettiva dell'utenza e stakel		Aggiornamento Valutazione Rischi su Biobanca e per le sedi di Osimo e Appignano/Treia	Redazione documento aggiornato	vedi azione	entro 31/12/2020				15,00%	20%			L'obiettivo riguardava l'aggiornamento della valutazione dei rischi per la BioBanca sita in edificio dedicato c/o la Sede di via Fossatello di Castelferretti e afferente al FST "M. Masera", il PO di Osimo e il Presidio di Appignano/Treia. Con Determian a. A8/JOGEN del 11/11/2020 è stato approvato il nuovo DVR del Presidio di Treia- Appignano. Riguardo al DVR del PO di Osimo, nel corso del 2020 sono stati redatti gli aggiornamenti e ne era in previsione l'adozione previa approvazione da parte dei soggetti delegati. L'intera documentazione e disponibile presso gli uffici del SPP. Anche per la redazione del DVR BioBanca, piccola struttura connessa al SASA di Castelferretti di Falconara, il RSPP ha elaborato una parte della documentazione di valutazione dei rischi specifici, in bozza presso gli uffici del SPP. Il mancato completamento degli obiettivi assegnati è imputabile al grandi impegni connessi a far fronte all'emergenza epidemica tutt'ora in corso e alla imprevista e prolungata assenza del RSPPA.	Vista la relazione inviata, considerando la lunga assenza per malatti del dirigente repsonsabile e le attività svolte in ambito covid da parte della funzione si ritiene non valutabile l'obiettivo	obiettivo non valutabile		
	/																
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale	processi produttivi, relaziona	lli e organizzativi					20%	20%							

1	1	1
1		_

'R0102000 - SOS UFFICIO PER LA RICERCA, L'INNOVAZIONE ED IL TRASFERIMENTO TECNOLOGICO	Responsabile : Dottssa Bustacchini Direttore BUDGET 2020 Dipartimento: Dott. Di Ruscio								SISTEMA PREMIANTE						
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIV O	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENT O OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENT O AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2* ISTANZA
Economico-finanziario Processi interni (in termini quo	ntitativi	, di efficienza, a	ppropriatezza e qualità)												
Prospettiva dell'utenza e stake	eholder	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,0%	159			Nel corso del 2020, l'UO ha collaborato alla definizione, aggiornamento e popolamento di contenuti per il sito internet, attraverso numerose comunicazioni continue, con stesura e revisione di documentazione specifica con particolare riferimento 3 - Sezione Generale, con la breve descrizione dell'UO - CTO e sezione specifica per il Comitato Etico IRCCS NIRCA, includendo testi e infografica descrititiva del CTO e descrizione e documentazione obbligatoria per la sottomissione degli studi al CE - Biblioteca, con la descrizione della struttura e dei servizi forniti - Biobanca, con la descrizione della struttura e dei servizi forniti -	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	2	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Scientifica e Sanitaria	entro il 31/12/2020				10,0%	359	,	documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Nel corso dell'emergenza pandemica COVID nel 2020 l'attività dell'UO si e' estrinsecata sia in attività di ricerca clinica, inteso come sviluppo e conduzione di progettualità specifiche a livello di sittuto e supporto alla implementazione di studi e protocolli clinici con promotori esterni, sia con partecipazione diretta ad attività sittuzionali di carattere assistenziale, come l'attività di diagnostica molecolare.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	3	RETE IRCCS AGING	Implementazione del progetto IRMA e del progetto SIRI	Partecipazione alle attività di progetto per quanto di competenza	Disponibilità report entro Dicembre 2020				10,0%			documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Il contributo dell'UO in relazione alla progettualità della Rete Aging si è estrinsecato nella partecipazione alle attività dei progetti IRMA e SIRI, per quanto di competenza, ma si evidenzia nel report allegato anche il contributo della UO nello sviluppo di attività progettuali della Rete Aging, quali il progetto CriAging e nel supportare il consolidamento delle attività della Rete.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	4	Cruscotto Aziendale	Presentazione gruppo di lavoro e Gant-t di progetto	Presentazione gruppo di lavoro e Gant-t	entro il 31/12/2020				10,0%	109			Nel corso del 2020, personale dell'UO ha collaborato alla definizione di un documento di definizione delle linee guida di costruzione del "Cruscotto Aziendale LN.R.C.A", delle fonti informative a supporto e di un primo set di analisi e di indicatori rilevanti per ogni area istituzionale, revisionabili e integrabili, nell'ottica di un miglioramento continuo e di un ampliamento dello stesso nel tempo grazie ad un lavoro sinergico dei diversi attori coinvolti.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	5	Ricerca a progetto	Implementazione di progetti di ricerca	Progetto RF Reportage: completamento delle attività progettuali come da Gantt di progetto	Report finale di rendicontazione				10,0%	109			Il ruolo dell'UO nel completamento delle attività di progetto si e' estrinecato nel corso del 2020 con la condusiono della fase di follow up dei pazienti arruolati nello studio, nella finalizzazione del data entry e del data deaning del database creato per il progetto, nel percorso di analisi e valutazione dei dati raccotti, dettegliato – per il 2020 - nella stevari della bozza della relazione finale del progetto da sottomettere al Ministero della Salute.	non raggiunto per la dirigenza e non valutabile per il	Obiettivo non raggiunt per la dirigenza e non valutabile per il comparto
	6	Biobanca BIOGER	Partecipazione/ingresso di BIOGER al nodo nazionale della rete EU BBMRI	Richiesta formale della partecipazione al nodo	Report sullo stato dell'arte entro dicembre 2020				10,0%	109		documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Il contributo dell'UO nel corso del 2020 in relazione a BioGer, la biobanca Istituzionale per la ricerca sull'invecchiamento dell'IRCCS INRCA istituita nel 2018, si è estrinscato in tutte le attività – dirette ed a supporto della Direzione - necessarie per l'ammissione di BioGer al nodo nazionale dell'infrastruttura europea BBMRI-ERIC. Il 3 novembre 2020 è stato finalizzato e sottomesso il Questionario biobanche sul sito BBMRI.It. Per far fronte a tutte le richieste del questionario, nella versione aggiornata al 2020, è stato necessario procedere con la producione di ulteriore regolamentazione e documentazione relativa a BioGer, che si è andata ad aggiungere al documento programmatico (determina 220 DGEN del 12/06/2019) e alle procedure operative standard definite nel 2019.	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	7	Partecipazione a gruppi di lavoro ministeriale	Contributo all'armonizzazione di processi e procedure all'interno degli IRCCS per il potenziamento delle attività de: - Comitati Etic/Clinical Trial Office - Bicbanche - Bibliosan	Partecipazione attiva agli incontri convocati a livello ministeriale per l'anno 2020	Almeno 3 incontri nel 2020				10,0%				Nel corso del 2020, personale dell'UO ha partecipato a gruppi di lavoro, e relativi tavoli ed incontri organizzati dal Ministero della Salute, nelle seguenti "arec". - Comitati Etici, con la riunione referenti IRCCS comitati etici del 28 gennaio 2020 - Biblioteca scientifica/Bibliosan, con l'Assemblea Annuale tenutasi il 1 dicembre 2020 - Biblioteca scientifica/Bibliosan, con l'Assemblea Annuale tenutasi il 1 alionomi proprio del gruppo di lavoro, eventi e iniziative a livello nazionale ed europeo organizzati da BBMRI. Tra i piu' importanti si evidenziano: Tavolo Minosal Materiale biologico 12020' intipo il videnziano: Passemblea del partecipazione alla stesura del manuale "Bussole IRCCS-II Materiale biologico-12020' http://www.balute.govi.ti/mgs/C .17. pubblicazioni. 3008. allegato.pdf); silohancaggio e COVID-19 (Inst)/www.balmi.it/tag/covid-19/); 2amarzo 2020: Ricerca su COVID-19 Cosa possiamo fare per alutare la ricerca? 7 aprile 2020: Campioni biologici COVID-19. Raccomandazioni per la raccolta, il trasporto e la conservazione 7 Aprile 2020: biobanking al tempo del COVID-19 Giornata Nazionale delle biobanche BBMRI.tt 2020 (https://www.bbmri.it/tag/giornatanazionale-biobanche upone).	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
	8	Produzione scientifica	Pubblicazioni scientifiche	Punteggio Impact Factor	30	49,38	165%	100%	10,0%				Rif Relazione finale e Allegata relazione per l'obiettivo	Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		H Scheda di valu	E A L	T	ali e organizzativi	ΑΝ	D	S	C 20%	209	N	C E	O N A G I N	G	

'R0102500 - SOSD MODELLI ASSISTENZIALI E NUOVE TECNOLOGIE	Dire	Responsabile : Ing. Rossi ttore Dipartimento: Dott. Di Ruscio		BUDGET 2020									SISTEMA PREMIANTE			
SETTORE	PROGR	. OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO		% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario																
Processi interni (in termini quantitati		ficienza, appropriatezza e qualità)														
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	r															
	1	Sito internet aziendale	Popolamento e aggiornamento dei contenuti relativi alla propria UO	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,00%	15%			Si veda relazione dr.ssa Tregambre	si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto	
	2	Emergenza Covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria e Scientifica	entro il 31/12/2020				40,00%	35%			Si veda relazione DMPO	si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto	
	3	Produzione scientifica	Incremento della produzione scientifica	Punteggio IF	10	32,8	328%	100%	10,00%					si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto	
	4	Valorizzazione del parco tecnologico	Progettazione di piani di attività scientifica per l'utilizzo delle attrezzature acquisite con fondi conto capitale	Predisposizione di un piano di attività scientifica e il coinvolgmento dell'area sanitaria per l'utilizzo del laboratorio Youse	report alla direzione con il piano predisposto entro il 31/12/2020				5,00%				Si veda documentazione inoltrata in data 29/12/2020	si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto	
	5	Percorso di valorizzazione del Trasferimento tecnologico	Partecipazione al gruppo di lavoro ministeriale e valorizzazione dei brevetti depositati	sviluppo di un piano di sfruttamento per almeno uno dei brevetti depositati	piano disponibile entro dicembre 2020				5,00%	15%		documentazione pervenuta in data 30/12/2020	Si veda documentazione inoltrata in data 30/12/2020	si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto	
	6	Cruscotto Aziendale	Presentazione gruppo di lavoro e Gant-t di progetto	Presentazione gruppo di lavoro e Gant-t	entro il 31/12/2020				5,00%				La proposta è stata inviata alle Direzioni in data 31/12/2020. Il gruppo di lavoro è stato costituito dalla Direzione Generale nel momento in cui ha assepato il medesimo obiettivo a diverse UU.O.O. che poi sono coloro che hanno presentato il documento finale rendicontato. Come si evince dalla mail di invio del documento effettuata dal dr. Di Ruscio alla Direzione Generale in data 31/12/2020 hanno fatto parte del citato gruppo di lavoro le seguenti UU.O.O. UMPO POR Marcio UO Sistemi Informativi, UO Modelli Assistenziali, UO Ufficio Ricerca e Traferimento Tecnologico	dell'obiettivo	obiettivo raggiunto	
	7	RETE IRCCS AGING	Implementazione del progetto IRMA e del progetto SIRI	Partecipazione alle attività di progetto per quanto di competenza	Disponibilità report entro Dicembre 2020				5,00%	15%			Si veda documentazione inoltrata in data 30/12/2020	si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale pro	ocessi produttivi, relazionali e organizzativi						20%	20%						

'R0102700 - SEGRETERIA DIREZIONE SCIENTIFICA		Responsabile : dr. Di I	Ruscio	BUDGET 2020							SISTEMA PREMIANTE				
SETTORE	PROGR	. OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termini quantitati	vi, di e <u>f</u>	fficienza, appropriatezza e qualità)													
	1	Coordinamento rete IRCCS AGING	Supporto all'attività di coordinamento della rete Aging	Verbali degli incontri	vedi indicatore					25%			obiettivo raggiunto tendendo conto delle attività ranoresentate	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Prevenzione della corruzione e trasparenza	(determina n. 44 /DGEN del 30/01/2020 per la Segreteria della	Aggiornamento e pubblicazione di tutte le informazioni richieste nel rispetto delle scadenze definite	Pubblicazione sul sito al link Amministrazione Trasparente					10%			obiettivo raggiunto tendendo conto delle attività rappresentate nell'allegato specifico	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Segreteria all'Organo Istituzionale Consiglio di Indirizzo e Verifica	Stesura e gestione dei verbali	Numero verbali approvati	vedi indicatori					20%			obiettivo raggiunto tendendo conto delle attività rappresentate nell'allegato specifico	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	Gestione rapporti Ministero della Salute - Workflow della Ricerca	Caricamento flusso informativo richiesto	Rispetto delle scadenze	vedi indicatori					25%			obiettivo raggiunto tendendo conto delle attività rappresentate nell'allegato specifico	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	ISCORDA DI VAILITAZIONE INDIVIDILIALE DECCESSI DECOLITEIVI PERZIONALI E OFFANIZZATIVI								20%						

'R0105000 - SOC AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO ATL		Responsabile : Direttore Dipartimento: Doti	t. Di Ruscio				BUDGET 2020				SISTEMA PREMIANTE				
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario															
Processi interni (in termini quant	itativi, di	efficienza, appropriatezza e qualità)													
	1	Sito internet aziendale	aggiornamento dei contenuti relativi alla	Popolamento e aggiornamento dei contenuti sul sito aziendale	Entro il 31/12/2020				5,00%	15%		l'obiettivo è stato raggiunto come si evince dalla relazione specificatamente allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
		lassicurativo con particolare	Incontri con le Unità Operative interessate	Almeno 2 incontri	vedi indicatore				15,00%	15%	documentazione pervenuta in data 13/01/2021	l'obiettivo è stato raggiunto come si evince dalla relazione specificatamente allegata in cui si evidenziano gli incontri in collegio di Direzione e con il Dipartimento dello Staff	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	3	attività supporto e sostegno al	Partecipazione riunioni con predisposizione verbali	Predisposizione verbali	Almeno un verbale				40,00%	35%	documentazione pervenuta in data 13/01/2021	l'obiettivo è stato raggiunto come si evince dalla relazione specificatamente allegata in cui si evidenziano i verbali del Covasi effettuati	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	4	Prevenzione e corruzione	Rispetto degli adempimenti previsti dalla Legge 24/2017 (Legge Gelli)		vedi indicatore				15,00%	15%	in data 13/01/2021	l'obiettivo è stato raggiunto come si evince dalla relazione specificatamente allegata in cui si evidenziano l'effettuazione degli adempimenti richiesti	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeho	lder														
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale p	rocessi produttivi, relaziona	li e organizzativi					20%	20%					

12 Allegato 2: Tabella Obiettivi strategici

Descrizione Obiettivo	Peso Obiettivo	Risorse Umane	Risorse Finanziarie	Indicatori	Peso Indicatori	Target	Valore Consuntivo Indicatori	Grado di Raggiungimento Obiettivo (valore compreso tra 0 e 100%)
Risposta all'emergenza pandemica	diversificato a seconda delle diverse UUOO			Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria Covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	diversificato a seconda delle diverse UUOO	vedi indicatore	Relazione della Direzione Generale alla Regione Marche sulle attività svolte nelle diverse fasi delle emergenze pandemiche	100%
Miglioramento della presenza dell'Istituto nell'ambito del territorio di riferimento	diversificato a seconda delle diverse UUOO			Produzione documentazione per alimentazione del nuovo sito aziendale	diversificato a seconda delle diverse UUOO	vedi indicatore	Relazione del responsabile della Comunicazione sulle attività svolte	100%
AreaIRCCS-Produzione Scientifica	diversificato a seconda delle diverse UUOO			IFM	diversificato a seconda delle diverse UUOO	431	725,16	100%
AreaIRCCS-Capacità di attrarre risorse	diversificato a seconda delle diverse UUOO			partecipazione a bandi di ricerca a progetto	diversificato a seconda delle diverse UUOO	7,00	12,00	100%
Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere O.S.S.	diversificato a seconda delle diverse UUOO			Sviluppo di interventi operativi per il rispetto, da parte degli operatori, delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. 2-100% dei punti igiene attivati	diversificato a seconda delle diverse UUOO	vedi indicatore	Produzione di scheda di valutazione (Check-List) allo scopo di poter disporre di una guida operativa utile agli operatori e di un sistema di controllo e verifica e diffusione delle stesse	100%
Miglioramento della presenza dell'Istituto nell'ambito del territorio di riferimento	diversificato a seconda delle diverse UUOO nei Presidi di Osimo e Cosenza			Ottenimento certificazione dei Presidi di Osimo e Cosenza	diversificato a seconda delle diverse UUOO	vedi indicatore	Ottenimento certificazione	100%

13 Allegato 3: Tabella documenti del ciclo di gestione della performance

Documento	Data di approvazione	Data di pubblicazione	Data ultimo aggiornamento	Link documento
Sistema di misurazione e valutazione della <i>performance</i>	DGEN 497/2020	24/12/2020		https://www.inrca.it/inrca/files/TRASPARENZA/PERFORMANCE/RELAZIONE/SMIVAP%202020%20allegato%20determina.pdf https://www.inrca.it/inrca/files/TRASPARENZA/PERFORMANCE/RELAZIONE/497%20DGEN%20202020820PDF(1).pdf
Piano della <i>performance</i>	DGEN 43/2020	30/01/2020	11/11/2020	https://www.inrca.it/inrca/files/TRASPARENZA /PERFORMANCE/PIANO/43%20DGEN%202020% 20PDF.pdf https://www.inrca.it/inrca/files/TRASPARENZA /PERFORMANCE/RELAZIONE/438%20DGEN%202 020%20PDF.pdf https://www.inrca.it/inrca/files/TRASPARENZA /PERFORMANCE/RELAZIONE/438%20DGEN%202 020%20ALLEGATI.pdf
Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	DGEN 44/2020	30/01/2020		https://www.inrca.it/inrca/files/programma/D ETERMINA%2044%20DGEN%202020%20PDF.pdf https://www.inrca.it/inrca/files/programma/P TTPC%20INRCA%202020- 2022%20formato%20aperto.zip
Standard di qualità dei servizi				